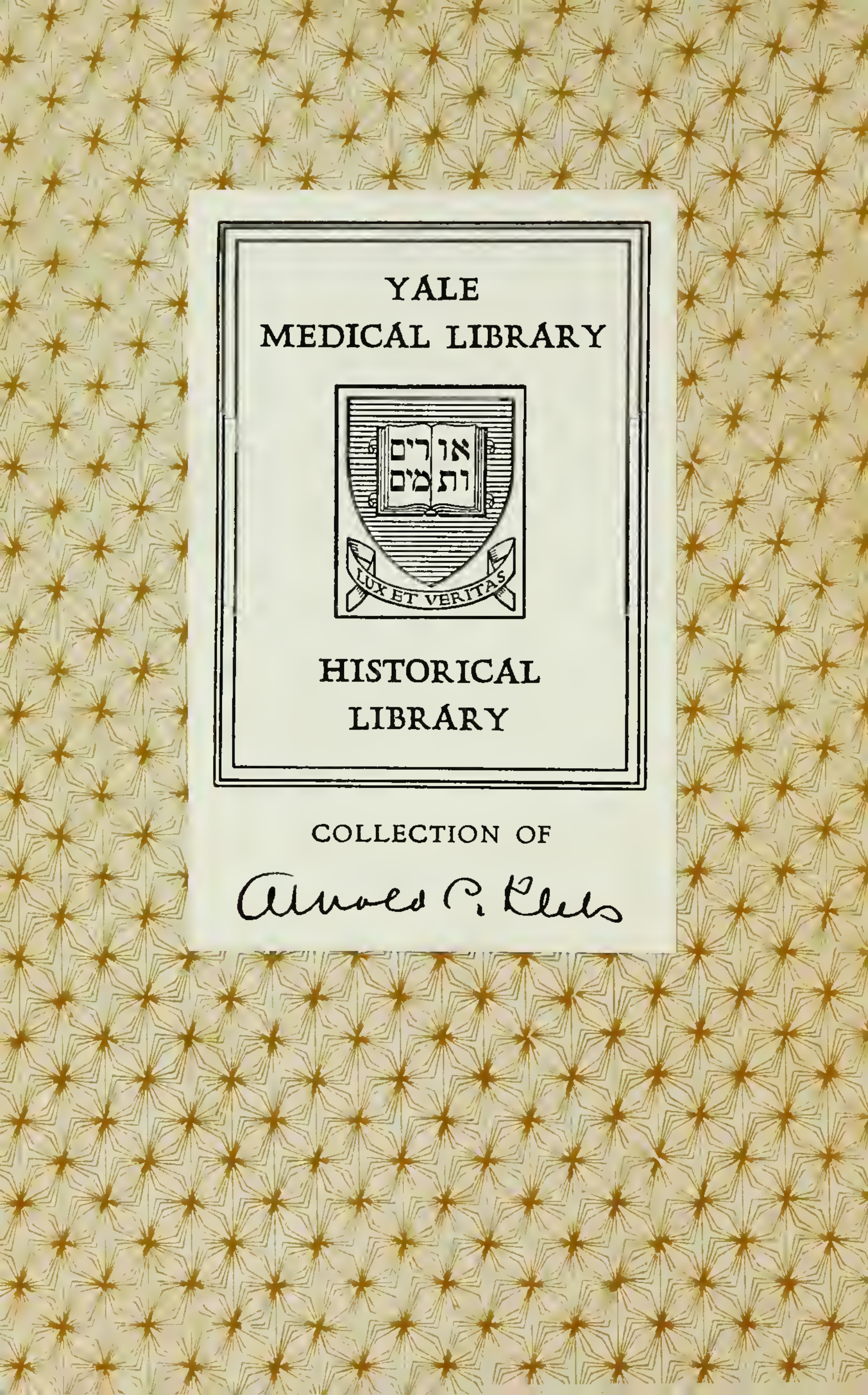


YALE
MEDICAL LIBRARY
אורים
ותמים
LUX ET VERITAS
HISTORICAL
LIBRARY
COLLECTION OF



Syphilis
et Tuberculose

Syphilis
et Tuberculose

PAR

ÉMILE SERGENT
MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1907

PRÉFACE

M. Sergent me demande de présenter son livre au lecteur. Cela me paraît superflu, car son passé est un garant suffisant de sa compétence. Il a été l'élève de Vidal et de Du Castel ; il a été attaché, pendant de longues années, à des titres divers, à mon service et à mon laboratoire, à l'hôpital Saint-Antoine. C'est dire que, sans être spécialiste, il connaît la syphilis beaucoup mieux que nombre de spécialistes. Ses connaissances en médecine générale sont également appréciées de tous. Cette association de la médecine générale et de la spécialité ne pouvait manquer de produire un bon livre.

Comme l'a bien compris M. Sergent, la coexistence de la tuberculose et de la syphilis, chez le même malade, peut se présenter de manières différentes. Tantôt c'est un tuberculeux qui contracte la syphilis ; tantôt c'est un ancien syphilitique qui devient tuberculeux. Les résultats de cette combinaison morbide ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Le tuberculeux qui devient syphilitique voit, sans contredit, son état général le plus souvent aggravé par la syphilis surajoutée. Au contraire, l'ancien syphilitique, qui devient tuberculeux, bénéficie souvent de l'influence sclérogène, que la syphilis a créée dans son organisme. D'autre part, dans nombre de cas, les anciens

syphilitiques qui contractent la tuberculose — et c'est seulement la tuberculose pulmonaire vulgaire que j'ai en vue ici — bénéficient encore, si ancienne que soit leur syphilis, du traitement spécifique, qui, en améliorant le substratum morbide, a, du même coup, une action favorable sur la tuberculose elle-même.

C'est pourquoi l'on voit si souvent, chez d'anciens syphilitiques, des lésions pulmonaires, de nature indiscutablement tuberculeuse, améliorées par le traitement mercuriel, au point qu'on peut croire pendant quelque temps et qu'on a cru souvent qu'il s'agissait chez eux de gommes du poumon. Il n'y a, d'ailleurs, pas à nier l'existence de la syphilis pulmonaire, qui est indubitable dans certains cas ; mais il y a lieu d'en distinguer la tuberculose à évolution lente chez les anciens syphilitiques.

L'association de la tuberculose pulmonaire et de la syphilis, chez le même sujet, peut donc prêter à des considérations multiples, du plus haut intérêt. Ce sont ces considérations que l'on trouvera développées dans l'ouvrage de M. Sergent, dont la lecture sera beaucoup plus instructive que cette modeste préface.

Ern. Gaucher.

Décembre 1906.

INTRODUCTION

La tuberculose et la syphilis sont incontestablement les deux grands fléaux morbides de notre époque; elles sont les plus répandues, les plus fréquentes des maladies infectieuses chroniques; il n'est donc point étonnant que nous les trouvions assez souvent associées chez le même sujet. Elles ne sont point incompatibles. S'il est vrai que la tuberculose, en raison des ménagements qu'elle impose au malade, le prémunit, dans une certaine mesure, contre les chances de contamination vénérienne, rendues moins nombreuses, la syphilis, au contraire, par l'atteinte profonde qu'elle porte à l'organisme dans ses premières périodes, par l'imprégnation humorale définitive qu'elle engendre, diminue la résistance contre l'envahissement du bacille de Koch et prépare le terrain pour la graine de la tuberculose.

Quel que soit l'ordre de succession, que la syphilis précède la tuberculose ou la suive, cette association, dès l'instant où elle existe, n'est-elle pas de nature à modifier profondément les conditions vitales jusque-là organisées? Quelles vont être les conséquences de ce surcroît de maladie? Quel sera l'avenir de ce syphilitique tuberculisé, de ce tuberculeux syphilisé? De quelle thérapeutique seront-ils justiciables l'un et l'autre? Telles sont les considérations que j'envisagerai principalement dans cette monographie.

Laissant de côté les discussions purement théoriques, je me suis placé sur un terrain exclusivement clinique, réunissant des faits bien observés, les classant et les analysant, n'ayant d'autre but que de chercher à en dégager un enseignement pratique, profitable à la fois aux médecins... et aux malades, à qui nous n'accordons, en général, qu'une bien faible part de nos préoccupations scientifiques.

Nous ne devrions pas oublier, cependant, que notre principale, sinon notre unique raison d'être, à nous médecins, doit être la recherche des moyens de guérir ou, tout au moins, de soulager les malades qui nous confient leurs maux. C'est le guérisseur que le vulgaire voit en nous. Loin de rougir de cette appréciation, qui nous fait, au contraire, trop d'honneur, ne convient-il pas que nous apprenions à la mériter autrement que par la mise en œuvre de procédés empiriques, dont un heureux hasard garantit seul le résultat. Trop nombreux sont les cas où nous pourrions être utiles, si nous étions plus instruits, si nous connaissions mieux *notre métier*. Je ne sais pas d'exemples plus frappants, à l'appui de cette assertion, que ceux que fournit chaque jour l'histoire de la syphilis. Cette maladie-là est peut-être celle que nous pouvons le mieux et le plus sûrement guérir; la preuve en est qu'*elle n'a qu'un traitement*, auquel nous réservons, dans le langage courant, sans plus ample définition, le nom de *traitement spécifique*. Quand nous ignorons le remède radical à opposer à une maladie, nous ne cessons de proposer des procédés de guérison; plus ils sont nombreux, plus la maladie peut être réputée incurable, « dans les conditions actuelles de la science ». C'est ainsi qu'à défaut de médications spécifiques, véritablement curatives, nous usons surtout des médications symptoma-

tiques, médications qui n'ont d'autre prétention que de favoriser l'effort naturel vers la guérison.

Or, puisque nous avons la bonne fortune de posséder, à l'égard de la vérole, un remède qui peut être considéré comme infaillible, notre premier devoir n'est-il pas de savoir reconnaître cette maladie, afin qu'aucune de ses manifestations, si insolite soit-elle, n'échappe au bénéfice d'une cure radicale. Ici, plus peut-être qu'en aucun autre cas, l'importance primordiale d'une connaissance profonde de la pathologie apparaît avec évidence. Le premier acte du médecin, c'est de *faire le diagnostic*. Faire le diagnostic! c'est bien là ce qui nous distingue du guérisseur de hasard. Celui-ci n'est qu'un empirique ignorant; il ne sait pas pourquoi il agit; il masse, il oint,... il donne des prises... au petit bonheur; il guérit quelquefois... par miracle, on dit aujourd'hui... par suggestion; mais, trop souvent, dans son inconscience coupable, il perd un temps précieux en pratiques vaines, et voit s'effondrer un nez que quelques centigrammes d'hydrargyre auraient pu conserver. Heureux quand la perte n'est pas plus vitale!

Si le *médecin* doit être, par définition étymologique, un *guérisseur*, il faut qu'il soit un guérisseur avisé, prévenu au moins des dangers qu'il peut éviter et du mal qu'il peut faire. *Primo non nocere*; éternelle vérité qui contient implicitement le secret de notre art; savoir ce qu'il ne faut pas faire, c'est souvent savoir ce qu'il faut faire, c'est toujours savoir quelle est la nature du mal à combattre; c'*est avoir fait le diagnostic*. Et n'est-ce pas nuire au malade syphilitique que ne pas reconnaître, par un diagnostic sûr, l'indication d'une thérapeutique hors de laquelle il n'est pour lui de guérison possible?

J'ai réuni, dans cette monographie, quelques observa-

tions caractéristiques, qui montrent bien la nécessité, pour les médecins, de n'ignorer aucune des manifestations possibles de la syphilis. Ici, c'est une pneumopathie syphilitique, prise pendant longtemps pour une tuberculose pulmonaire et guérie en quelques semaines par le traitement spécifique; là, c'est une tumeur blanche syphilitique, un prétendu lupus, guéris de la même façon; ailleurs, c'est un hérédo-syphilitique, considéré jusque-là comme scrofuleux!

La difficulté du diagnostic apparaît plus grande encore, dans les cas où le sujet est à la fois syphilitique et tuberculeux; les deux infections peuvent évoluer simultanément, soit qu'elles se juxtaposent en quelque sorte en un même infiltrat, réalisant alors une lésion hybride, soit qu'elles se localisent en des régions différentes, l'une frappant le poumon, par exemple, et l'autre les muqueuses ou la peau; en pareil cas, il est indispensable de faire la part de chacune, d'établir le diagnostic précis des lésions constatées. Telle ulcération cutanée ou muqueuse, regardée comme tuberculeuse, pour l'unique raison que le sujet est atteint de tuberculose pulmonaire, abandonnée à elle-même, négligée ou soignée par des cautérisations quelconques, guérirait en quelques jours si la nature syphilitique en avait été reconnue. Bien plus, il faut savoir que la syphilis revêt parfois, sur un terrain tuberculeux, des allures spéciales, que le système lymphatique, que les chaînes ganglionnaires de ces malades réagissent de manière exceptionnellement intense et que ce *scrofulate de vérole*, suivant l'expression imagée de Ricord, est, au plus haut degré, justiciable du traitement spécifique.

Ici se pose, en outre, une question de pronostic du plus grand intérêt pratique. Quel est l'avenir de ces

syphilo-tuberculeux? De quelle thérapeutique sont-ils tributaires? Faut-il négliger la syphilis et soigner la tuberculose? N'est-il pas sans danger de saturer de mercure un tuberculeux?

Je me suis attaché à donner à l'étude de cette association morbide, considérée surtout au point de vue du pronostic et du traitement, un développement tout particulier. Je me suis proposé de réagir contre une opinion beaucoup trop répandue, à savoir que le plus grand péril qui puisse menacer un tuberculeux, c'est de contracter la syphilis. Je me suis efforcé à montrer, à l'aide d'observations de malades suivis pendant de longues années, que l'administration du mercure chez les syphilitiques tuberculeux, loin d'aggraver, comme on l'a dit, la tuberculose, exerce plutôt à son égard une action favorable, en même temps qu'elle combat et guérit les manifestations de leur syphilis; que, pour cette raison, et probablement aussi par suite de l'action sclérosante de la syphilis, il n'est peut-être pas désavantageux, pour un tuberculeux, de devenir syphilitique, dans certaines conditions du moins.

Ce rapide aperçu indique l'esprit dans lequel j'ai voulu écrire ce livre, où le praticien trouvera, je l'espère, des indications qui pourront être utiles à ses malades.

Considérant que la syphilis est, en quelque sorte, le prototype des maladies générales, que sa fréquence est extrême, que ses manifestations sont des plus diverses et ne se bornent pas à la production des lésions cutanées ou muqueuses, qui sont l'apanage des spécialistes, j'ai pensé qu'il y aurait un intérêt pratique à grouper un certain nombre d'exemples bien propres à montrer aux médecins la nécessité d'apprendre à la connaître; car, sous ses

formes insolites, ils la trouveront sur leur route bien plus souvent certainement que les spécialistes.

C'est dans cet esprit qu'est conçue la première partie, où je m'efforce de poser les éléments du diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose, lorsqu'elles se manifestent par des localisations ou des symptômes qui autorisent la confusion, diagnostic d'autant plus délicat parfois que le malade peut être à la fois syphilitique et tuberculeux.

Dans la seconde partie, je tenterai la description pathologique de ce qu'on pourrait appeler la syphilo-tuberculose. Je m'efforcerai à mettre en évidence l'étroitesse des rapports qui unissent la syphilis à la tuberculose, de montrer la prédisposition que crée la syphilisation vis-à-vis de la tuberculisation, d'établir le rôle *du terrain syphilitique*, acquis ou héréditaire, dans l'étiologie de la phtisie, des tuberculoses locales et de la scrofule. Je chercherai à définir le retentissement que ces deux maladies exercent l'une sur l'autre, l'aggravation ou la tendance à la guérison de l'une par l'autre; je chercherai à poser les règles du pronostic de la syphilo-tuberculose, ou, si l'on préfère, à discuter l'avenir réservé au tuberculeux devenu syphilitique ou au syphilitique devenu tuberculeux, avenir intimement lié à la thérapeutique mise en œuvre.

PREMIÈRE PARTIE

Qui traitera du diagnostic différentiel
et pourrait être intitulée

SYPHILIS OU TUBERCULOSE ?

SYPHILIS OU TUBERCULOSE?

I

Éléments généraux du diagnostic.

La syphilis et la tuberculose, si elles diffèrent essentiellement dans leur nature, n'en présentent pas moins les plus grandes analogies au point de vue nosographique. Contagieuses et infectieuses, choniques et à poussées successives, elles sont toutes deux des maladies générales, *des diathèses*, comme on disait naguère, dont les localisations se fixent indifféremment sur tous les tissus, sur tous les organes, sur tous les appareils, sur tous les systèmes. Leurs manifestations cliniques sont, dans la majorité des cas, suffisamment différenciées pour qu'aucune confusion ne puisse s'établir entre elles. L'ensemble symptomatique qui traduit l'infection syphilitique de l'organisme et qui caractérise la période dite secondaire de la syphilisation, n'évoque aucune ressemblance avec les accidents plus ou moins bruyants ou silencieux qui accompagnent les débuts de la tuberculisation. Ce n'est pas dans leurs déterminations générales que la syphilis et la tuberculose confondent leur symptomatologie — encore que, dans certaines conditions, chez des sujets jeunes et anémiés, la fièvre syphilitique ne puisse parfois

éveiller le soupçon d'une typho-bacillose [1] — c'est dans leurs localisations, c'est lorsqu'elles se cantonnent sur un appareil, sur un organe, sur un territoire limité du revêtement cutané ou muqueux, que ces deux grandes maladies sont susceptibles d'engendrer des lésions à symptômes objectifs et fonctionnels tellement comparables qu'il peut être parfois extrêmement difficile de les distinguer l'une de l'autre. Or, la tendance à la localisation est précisément le caractère dominant du tertiarisme et le différencie des accidents secondaires dont le propre est la généralisation. C'est donc surtout avec la syphilis tertiaire que la tuberculose chronique, dans ses diverses manifestations, pourra parfois, souvent même, être confondue. Entre les lésions localisées du tertiarisme syphilitique et les localisations les plus communes de la tuberculose, les analogies sont des plus étroites. Adénopathies, ostéo-arthropathies, ulcérations cutanées ou muqueuses, pneumopathies, pour ne citer que les exemples les plus fréquents, évoluent, dans l'une et l'autre maladie, suivant des types communs, à tel point que les traités de pathologie empruntent à l'une sa terminologie pour définir l'autre et décrivent la *phtisie vérolique, la pseudo-tumeur blanche, l'écrouelle syphilitique.*

Sans doute il existe, en général, des caractères objectifs assez nettement différenciés pour permettre de reconnaître la nature syphilitique ou tuberculeuse de la lésion observée. Étant donné le siège, la couleur, la forme,

[1] D'Amato, de Naples (*La Riforma medica*, 10 mars 1906), a décrit récemment, à côté de la fièvre syphilitique classique de la période secondaire, une fièvre syphilitique tertiaire, se manifestant sous forme d'accès intermittents à type quotidien vespéral, pouvant durer des mois, résistant à tous les traitements et ne cédant qu'à une cure hydrargyrique et iodurée.

Cette notion nouvelle mérite d'être prise en considération, en matière de diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose.

l'aspect général d'une cicatrice voisine, on pensera plutôt à une écrouelle syphilitique qu'à une écrouelle scrofuleuse, par exemple ; — l'indolence d'une ostéo-arthrite plaidera en faveur de la nature syphilitique ; — le siège d'une caverne à la partie moyenne ou à la base du poumon, la délimitation étroite des signes stéthoscopiques, l'absence d'autres foyers, l'intégrité relative ou complète de l'état général, devront faire songer à la phtisie vérolique.

Mais il faut reconnaître que de tels caractères distinctifs ne reposent que sur des bases fragiles et se réduisent le plus souvent à de faibles nuances qui n'ont d'autre valeur que celle d'éléments de simple présomption et ne comportent aucune certitude.

D'ailleurs, ils sont particuliers à chaque groupe de lésions locales et seront plus utilement exposés et discutés à propos de chacune d'entre elles.

Il est possible, cependant, d'isoler certaines données générales qui sont communes aux diverses localisations et dont l'ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler le *trépied* du diagnostic, car elles peuvent être rangées en trois grandes catégories qui représentent les assises les plus sûres du diagnostic différentiel de toute lésion tuberculeuse ou syphilitique, quel qu'en soit le siège.

Ce sont :

1° La recherche du bacille de Koch ou de la *spirochœte pallida* au sein des lésions et des exsudats

2° L'enquête sur le passé du malade et de ses ascendants ;

3° Le résultat du traitement spécifique administré à titre de traitement d'épreuve.

1° *La constatation du bacille de Koch* dans les exsudats du foyer morbide jouit d'une valeur diagnostique capitale.

Elle implique, sans aucun doute possible, la nature tuberculeuse du mal. Toutefois elle n'exclut pas l'hypothèse d'une lésion hybride. J'aurai, à maintes reprises, l'occasion d'insister sur ces manifestations d'une sorte de *métissage*, suivant l'expression du professeur Fournier, métissage auquel Ricord réservait la dénomination imagée de *scrofulate de vérole*. D'ailleurs, la recherche du bacille de Koch, — j'entends la recherche méthodique par tous les procédés usuels (coloration, inoculation, etc.), — peut rester négative alors que la lésion est cependant tuberculeuse ; tel est le cas le plus fréquent pour les écrouelles, les arthrites, les ulcérations et gommes tuberculeuses de la peau. En pareil cas, l'épreuve de la *tuberculine* peut être d'un secours utile; je me souviens d'avoir vu, au temps où j'étais l'externe de Vidal à Saint-Louis, des réactions locales intenses sur des lupus soumis à l'inoculation de la tuberculine de Koch, expérimentée à ce moment par les médecins de cet hôpital réunis, à cet effet, en commission spéciale. Je ne ferai que mentionner le *séro-diagnostic d'Arloing*, qui représente, à mon sens, un procédé d'exception et n'est pas à la portée de la pratique courante.

Quant à *la recherche de la spirochœte pallida* (plus communément dénommée tréponème), découverte par Schaudinn et Hoffmann et considérée aujourd'hui par tous comme l'agent pathogène de la syphilis, je ne crois pas qu'elle puisse être de quelque utilité dans le diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose. En effet, ainsi que je l'ai dit il y a un instant, ce n'est guère que la syphilis tertiaire qui peut prêter à confusion, dans ses diverses localisations, avec les lésions de nature tuberculeuse. Or, tous les observateurs sont unanimes, jusqu'à ce jour, à reconnaître que la spirochœte pallida n'a jamais pu être constatée dans des lésions tertiaires, où l'on peut

admettre que le parasite serait à un stade particulier de son évolution qu'il reste à déterminer. Ce fait est à rapprocher de la non-contagiosité des lésions tertiaires et de leur non-inoculabilité ; c'est pourquoi je me borne à citer pour mémoire la recherche de la nature syphilitique d'une lésion par l'*inoculation au singe macaque*, ce procédé n'ayant aucune application pratique en la matière.

Toutefois il ne faut pas oublier que certaines localisations secondaires de la syphilis, surtout, si elles surviennent chez des sujets tuberculeux, peuvent être indûment rapportées à la tuberculose. Aussi bien y aura-t-il intérêt à rechercher dans l'avenir la spirochœte dans les liquides de pleurésies ou d'arthrites, par exemple, apparaissant dans ces conditions. J'en dirai autant de la constance avec laquelle on rencontre la spirochœte pallida dans les viscères, les éléments éruptifs et le sang des fœtus et des nouveau-nés hérédo-syphilitiques. Il y aura là un élément de diagnostic des plus précieux dans les cas rares d'ailleurs, où l'hésitation sera possible entre l'hérédo-syphilis et la tuberculose.

Pour l'étude détaillée de ce parasite je renvoie le lecteur à l'excellente revue générale de M. Sézary (*Presse Médicale*, 24 mars 1906), dans laquelle il trouvera tous les renseignements bibliographiques nécessaires sur les caractères et les procédés de recherche de la spirochœte pallida.

2° *L'enquête sur le passé du malade et de ses ascendants* doit toujours être menée avec la plus rigoureuse méthode et cela dans tous les cas. Évidemment la découverte de la tuberculose des parents ou collatéraux n'est bien souvent qu'une banalité qui ne comporte aucune conclusion ferme. L'existence de la tuberculose dans le passé du

malade lui-même acquiert déjà une valeur de présomption plus sérieuse. Mais c'est surtout la présence de la syphilis dans les antécédents personnels ou héréditaires, lorsqu'elle est bien et dûment établie, qui apporte au diagnostic un précieux appui. Encore cette notion n'est-elle pas une garantie d'absolue certitude.

Je m'efforcerai de montrer quel facteur capital de prédisposition à la tuberculose créent la syphilis acquise et même la syphilis héréditaire. Abstraction faite pour le moment des caractères de bénignité relative que présente dans bien des cas la tuberculose pulmonaire des syphilitiques, il n'en reste pas moins vrai que chez de tels malades, le diagnostic de la nature de la pneumopathie ne trouve aucun appui dans l'enquête sur le passé personnel et doit être basé sur des arguments moins équivoques.

Toute affection qui survient chez un syphilitique n'est pas fatalement syphilitique; il convient de savoir éviter l'écueil, et cela, tout particulièrement, si le sujet est à la fois syphilitique et tuberculeux; en pareille occurrence, la nature d'une lésion suspecte et douteuse n'est pas élucidée par l'enquête portée sur les antécédents pathologiques.

D'ailleurs, en réglant aveuglément et systématiquement sa conduite sur les résultats de cette enquête, le médecin risquerait fort d'être amené à commettre une erreur. Il se peut, en effet, que le malade nie la syphilis avec la plus parfaite bonne foi, soit que les premières manifestations en aient été assez atténuées pour passer inaperçues, soit que les accidents actuels soient les premiers en date et expriment une syphilis héréditaire tardive qu'il faudra dépister.

En un mot, l'enquête sur les antécédents syphilitiques

d'un malade, pour être probante, ne doit pas s'en tenir aux résultats de l'interrogatoire, si précis et si approfondi qu'il soit ; c'est là pourtant une coutume très répandue et contre laquelle il est nécessaire de s'élever. L'enquête doit viser surtout à découvrir, par un examen méthodique et complet, des stigmates somatiques, des lésions en activité ou des cicatrices, dont les caractères constituent des preuves évidentes de l'existence de la syphilis.

J'ai pu, pour ma part, bien des fois, — ainsi qu'en témoigneraient de nombreuses observations consignées dans cette étude, — mettre en évidence l'existence de la syphilis dans le passé de malades qui la niaient en toute franchise. La syphilis est une maladie qu'il faut savoir chercher.

Il ne suffit pas de demander à un malade : « Avez-vous eu la syphilis! » Il faut pouvoir se passer de sa réponse et ne la tenir pour valable que si elle est positive, à la condition toutefois qu'il n'y ait pas erreur de sa part. Une réponse négative ne peut, dans aucun cas, entraîner la conviction absolue. Je n'hésite même pas à pousser plus loin mon scepticisme en pareille matière : j'ajoute qu'un examen somatique minutieux, qui reste négatif, ne suffit pas davantage à me convaincre. Je prétends que, s'il est le plus souvent possible de prouver qu'un individu a eu la syphilis, il n'est jamais permis d'affirmer qu'il ne l'a pas eue. Et j'en veux pour preuve la fréquence des guérisons obtenues par un traitement d'épreuve qui n'eût jamais été tenté si le médecin s'était laissé influencer par les résultats absolument négatifs de son enquête. J'en rapporterai plus d'un exemple et j'insisterai à maintes reprises sur ces considérations dont la portée pratique ne saurait échapper à personne. Elles ne tendent à rien moins qu'à imposer au médecin l'obligation de recourir au traitement mercuriel dans tous les cas où le moindre doute pourra s'offrir à son

esprit, ce qui sera loin d'être rare, notamment lorsqu'il s'agira de distinguer une manifestation syphilitique d'une lésion tuberculeuse.

Est-ce à dire que cela dispense le médecin de connaître les éléments d'appréciation sur lesquels il pourra baser son diagnostic ? Non certes et j'aurai soin de les discuter à propos de chaque localisation. Il est évident, d'autre part, que s'il sait dépister la syphilis là où elle existe, que s'il sait, du moins, reconnaître l'existence de la syphilis dans le passé du malade, il sera, par là même, moins enclin à commettre une erreur de diagnostic préjudiciable ; il lui suffira simplement de rechercher si les accidents actuels sont de nature syphilitique ou non.

A quels signes est-il donc possible de reconnaître la syphilis qui se cache? Je n'ai pas en vue ici les cas dans lesquels la présence de stigmates communément répandus apporte avec elle une présomption suffisante pour orienter le diagnostic. Je fais allusion aux faits, si fréquents, dans lesquels la syphilis n'a laissé aucune de ses traces habituelles. Le chancre et les accidents secondaires ont été tellement atténués, tellement fugaces, tellement secrets que le malade a pu les ignorer. Il est syphilitique sans le savoir. Et pourtant il se peut qu'il soit porteur de quelque stigmate, de quelque lésion, de quelque cicatrice dont la constatation ne laissera aucun doute.

Là, c'est une adénopathie rétro-auriculaire, cervicale postérieure, inguinale, épitrochléenne, généralisée quelquefois sous forme de petits ganglions durs « en grains de plomb », indolents, qui attire l'attention. Ici, c'est une cicatrice à peine visible de chancre du gland ou du prépuce, — une cicatrice étoilée de gomme du voile du palais ou de la langue — une cicatrice blanchâtre, pigmentée sur ses bords, lisse et régulière, plus ou moins circinée, de syphi-

lide cutanée. Ailleurs, c'est une orchite ancienne, indolore, dure, ou bien un testicule atrophié et scléreux; — ou bien encore c'est une arthropathie, une pseudo-tumeur blanche dont les caractères particuliers attirent l'attention, éveillent le soupçon. C'est qu'en effet, il arrive bien souvent que le diagnostic d'une localisation syphilitique se fait sur la constatation d'une autre localisation de même nature, plus spéciale, moins banale. Tel est le cas bien souvent pour les pneumopathies syphilitiques notamment. Je ne saurais ici multiplier les exemples; ils trouveront leur place chemin faisant.

J'ai tenu simplement à montrer l'importance d'un examen somatique complet. Les traces de la syphilis doivent être cherchées partout. Mais il est certaines régions dont l'exploration rigoureuse s'impose en toutes circonstances; la cavité buccale, la gorge et le pharynx, les parties génitales et le scrotum, l'anus, le squelette et les articulations. La peau doit être explorée dans tous ses replis; la région cervicale, en particulier; là, en effet, la syphilis laisse souvent, si j'ose dire sa signature; je ne parle pas ici, des écrouelles syphilitiques et syphilo-strumeuses, des gommes du sterno-mastoïdien, je fais allusion aux pigmentations si tenaces, connues de tous sous le nom de *collier de Vénus*, et qui constituent un précieux indice révélateur de la syphilis; plus fréquente chez la femme, cette syphilide pigmentaire s'observe cependant chez l'homme assez souvent aussi; elle apparaît en général quelques mois après le chancre; parfois elle est plus tardive, consécutive alors à une roséole circinée de retour; elle n'exclut donc pas la possibilité d'une syphilis arrivée déjà au tertiarisme [1].

Lorsque l'un quelconque de ces indices révélateurs aura

[1] Voy. GAUCHER, Pathogénie des pigmentations du cou dans la syphilis. *Gazette des hôpitaux*, 1906, n° 64.

pu être constaté, il ne sera pas inutile de revenir à nouveau à l'interrogatoire; certaines questions pourront fournir d'utiles renseignements qui viendront confirmer les soupçons. C'est ainsi qu'il ne faudra jamais oublier de s'enquérir du nombre des grossesses et des fausses couches, qu'il faudra toujours demander si tous les enfants sont vivants ou de quelle maladie et à quel âge ils sont morts; lesquels sont vivants, les aînés ou les derniers nés?

A côté de ces divers signes et symptômes d'une syphilis plus ou moins récente ou ancienne, il est tout un autre groupe de stigmates sur lesquels je ne saurais trop attirer l'attention, parce qu'ils permettent d'affirmer l'existence de la syphilis dans le passé du sujet et sont, par là même, d'un précieux secours dans les cas de syphilis ignorée. Je veux parler des lésions et des maladies qui sont aujourd'hui rangées dans le cadre de la *parasyphilis*; je ne fais que citer le *tabes* et la *paralysie générale* dont l'origine syphilitique est à peu près universellement admise et je retiens la *leucoplasie buccale, l'aortite et les troubles pupillaires*. Il n'est pas rare de constater l'association de cette triade symptomatique chez le même sujet; je l'ai, pour ma part, observée plusieurs fois; elle ne doit laisser aucun doute sur l'existence de la syphilis dans le passé du malade. Est-ce à dire que la triade doit être complète pour impliquer cette conclusion? Nullement. M. Babinski a récemment [1] attiré l'attention sur la valeur de l'association d'une aortite avec des troubles oculaires caractérisés par une inégalité pupillaire avec perte du réflexe d'accommodation; indiquant un tabes plus ou moins fruste, l'existence de ce syndrome, confirmée depuis par nombre d'observateurs [2], est aujourd'hui classique. Ici

[1] Babinski, *Soc. méd. des hop.*, 1901.
[2] Vaquez, *Soc. méd. des hôp.*. 1902. — Widal et Lemierre, *Soc. méd.*

l'aortite et les troubles oculaires apparaissent comme deux localisations simultanées et indépendantes de la syphilis. Aussi bien peuvent-elles demeurer isolées; de longue date déjà, les cliniciens avaient remarqué la fréquence de l'aortite et de l'anévrisme de l'aorte chez les syphilitiques; quant aux troubles pupillaires, leur valeur séméiologique dans le diagnostic de la syphilis des centres nerveux est trop classique pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Pour ce qui est de la leucoplasie buccale, je n'ai pas la moindre hésitation, depuis ma collaboration avec le professeur Gaucher, à lui accorder une importance tout aussi considérable, même lorsqu'elle existe seule, sans aortite, ni troubles pupillaires. Le professeur Gaucher et moi [1], nous avons montré, en effet, que la leucoplasie buccale est une lésion parasyphilitique, « que toute plaque de leucoplasie est, en quelque sorte, une preuve certaine de l'existence de la vérole dans les antécédents du sujet qui la porte. » Cette opinion était, d'ailleurs, soutenue depuis longtemps déjà par le professeur Landouzy, pour qui « la leucoplasie est propre aux syphilitiques ».

Voilà donc un ensemble de symptômes et de lésions, la leucoplasie, l'aortite et les troubles pupillaires, qui, associés ou isolés, doivent jouer aujourd'hui un rôle important dans la découverte des syphilis *qui se cachent*; ils *sentent* la syphilis, ils l'indiquent, ils la dépistent. Pour ma part, en les recherchant systématiquement, j'ai bien souvent été conduit à démasquer la syphilis chez des

des hôp., 1902. — DUFOUR, *Soc. méd. des hôp.*, 1904. — DE MASSARY, Aortite, tabes et paralysie générale. *Presse médicale*, 18 février 1905. — JEAN HEITZ, Les nerfs du cœur chez les tabétiques. *Thèse de Paris*, 1903.

[1] E. GAUCHER et ÉMILE SERGENT, Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale (avec une planche). *Arch. de méd. expérim. et d'anat, pathol.*, 4 juillet 1900.

sujets qui la niaient. Je citerai l'observation d'un homme de cinquante ans, qui voulant contracter une assurance sur la vie, était soumis à mon examen ; regardant ses yeux, je constatai une inégalité pupillaire, avec abolition du réflexe d'accommodation ; je lui fis ouvrir la bouche et trouvai sur chaque commissure une large plaque de leucoplasie ; comme il persistait, néanmoins, à nier la syphilis, je le priai de se dévêtir et je trouvai sur la face antérieure de la cuisse droite une ulcération non douteuse en évolution, devant laquelle mes dernières hésitations tombèrent en même temps que ses dernières dénégations. — Chez un sujet qui portait sur la joue gauche une ulcération squameuse, datant de deux ans et considérée comme un lupus érythémato-tuberculeux, une leucoplasie buccale et une tuméfaction testiculaire attirèrent mon attention et me firent incliner à penser que ce prétendu lupus n'était peut-être qu'une syphilide tertiaire ; je soumis le malade au traitement mercuriel ; après la vingtième injection de benzoate d'hydrargyre, l'ulcération était complètement cicatrisée.

Certes ces stigmates s'observent surtout chez d'anciens syphilitiques ; il ne faudrait pas croire cependant qu'ils ne se rencontrent que chez des sujets avancés en âge ; l'étape quaternaire de la syphilis, qui englobe à peu près toutes les formes de la parasyphilis, n'est pas nécessairement lointaine ; comme le tertiarisme elle peut être précoce, plus ou moins.

Or, il n'est pas indifférent de connaître ces stigmates de la parasyphilis ; outre qu'ils peuvent conduire au diagnostic d'une lésion suspecte, ils permettent souvent d'interpréter les allures particulières qu'affecte la tuberculose chez certains sujets ; c'est ainsi que j'ai vu bien des fois *la phtisie fibreuse évoluer sur un terrain syphilitique*, attesté,

à défaut de l'aveu du sujet, par l'existence d'une leucoplasie buccale. Je n'insiste pas sur ces faits que j'étudierai dans la seconde partie de ce travail.

De toutes ces considérations il résulte qu'il ne faut accorder à l'interrogatoire, dans le diagnostic de la syphilis, qu'une valeur très restreinte; les résultats qu'il donne ne sauraient suffire à entraîner une conviction; il doit se borner à diriger ou à confirmer, suivant les cas, les investigations du clinicien. Bien souvent, des individus croient et disent avoir eu la vérole, qui n'ont eu qu'un chancre mou, voire même une blennorragie ou des poussées d'herpès récidivant qu'ils ont prises pour des plaques muqueuses; plus souvent encore des sujets nient la syphilis, qui pourtant sont syphilitiques; chez ceux-ci, qu'ils soient sincères ou de mauvaise foi, il sera parfois possible, par un examen méthodique et rigoureux, de trouver, à défaut de manifestations spécifiques franches, en évolution ou cicatricielles, quelqu'un de ces stigmates que je viens d'étudier et qui « pour n'être pas de nature syphilitique n'en sont pas moins d'origine syphilitique », n'en indiquent pas moins, de manière non douteuse, l'existence de la vérole dans un passé plus ou moins lointain.

Ce qui est vrai pour la syphilis acquise, l'est également pour la syphilis héréditaire. L'hérédo-syphilis porte sa marque spéciale et caractéristique; elle a ses stigmates vulgarisés par les belles leçons du professeur Fournier. Tous les médecins connaissent aujourd'hui, pour ne parler ici que de la syphilis héréditaire tardive, la *kératite interstitielle*, et les altérations du fond de l'œil révélées par l'examen ophtalmoscopique : la *chorio-rétinite péripapillaire* et la *dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine*; la *surdité profonde*, les *malformations crâniennes* et *osseuses*

(tibia en lame de sabre), les *effondrements du squelette nasal* (nez en lorgnette), les *dents d'Hutchinson*, l'*atrophie testiculaire*, etc. Il convient d'accorder également une réelle valeur à certaines tares dystrophiques dont les relations avec l'hérédo-syphilis seraient pour le professeur Gaucher, beaucoup plus étroites qu'on ne le pense généralement, tels le *strabisme congénital*, la *forme ogivale de la voûte palatine*, la *scoliose*, le *thorax en carène*, etc. Mais ces stigmates ne sont pas toujours profondément accentués ; ils peuvent être atténués ou nuls. Nous verrons plus loin nombre de faits dans lesquels l'hérédo-syphilis tardive ne s'est manifestée que sous la forme d'accidents viscéraux ou autres, dont la nature n'a pu être établie que par l'enquête familiale ou par les résultats du traitement d'épreuve. Il est du plus haut intérêt de bien connaître ces faits; « presque toujours méconnus comme origine, presque toujours rapportés indûment à la scrofule, ils doivent être rattachés à la syphilis dont ils constituent en réalité des manifestations héréditaires d'échéance plus ou moins tardive ». (*Fournier*) [1].

3° Une preuve plus solide est fournie par les résultats du traitement spécifique, administré, dans le doute, à titre de *traitement d'épreuve*. Encore convient-il, sur ce point, de faire quelques réserves ; pour ma part, je crois, en effet, que certaines manifestations de la tuberculose, et particulièrement la scrofule, sont influençables et même curables par le traitement mercuriel, lorsqu'elles évoluent *sur un terrain syphilitique*. J'ai déjà exposé ailleurs [2]

[1] Fournier, *Syphilis héréditaire tardive*, 1886, p. 3.
[2] Émile Sergent, Syphilis et tuberculose. Communication au *Congrès de la tuberculose*. Paris, octobre 1905, et *Arch. gén. de méd.*, 3 octobre 1905.

ma conception sur ce point de pathologie et les considérations sur lesquelles je la base; c'est là, à mon sens, un des chapitres les plus importants de l'histoire des rapports de la syphilis et de la tuberculose et je lui réserverai dans cette étude une large place. Dès maintenant, cependant, il est une notion que je veux mettre en relief; le traitement d'épreuve peut et doit être administré sans crainte; ce serait une erreur de se fier à une idée trop souvent exprimée dans les livres et qui veut que le traitement mercuriel soit dangereux pour les tuberculeux. Dans le doute, vous donnerez le mercure, car, s'il s'agit de syphilis, vous n'aurez pas d'autre moyen de guérir le malade; bien plus, il vous arrivera parfois, contre toute attente, d'assister à la cicatrisation d'un processus tuberculeux évoluant chez un syphilitique. Dans les cas de ce genre, qui rentrent dans le cadre du « scrofulate de vérole », l'action du traitement mercuriel se conçoit aisément. Or, il n'est pas rare de voir cette action s'exercer utilement aussi sur certaines tuberloses locales qui paraissent exemptes de toute association syphilitique, acquise ou héréditaire. C'est ainsi que des tumeurs blanches, des lupus, ont été guéris par des onctions ou des injections mercurielles. Évidemment, il est certain que bon nombre de ces observations se rapportent à des lésions syphilitiques prises pour des manifestations tuberculeuses. Le professeur Gaucher, notamment, a tout récemment (1) signalé deux cas de lésions hérédo-syphilitiques simulant la tuberculose et guéries par le traitement spécifique. Cependant, il ne s'ensuit pas que tous les cas de ce genre, guéris par le mercure, doivent être considérés comme ressortissant à la syphilis et non à la tuberculose. Les chirurgiens ont souvent insisté sur l'action favorable

(1) Pr Gaucher, *Ann. de méd, et de chir. infantiles*, 1er juin 1905.

de l'onguent napolitain sur certaines tuberculoses locales ; Lucas-Championnière a consacré à cette question d'intéressantes leçons [1]. Je crois, pour ma part, que la notion du *terrain syphilitique*, telle que je l'ai définie, intervient utilement dans ce débat ; pour moi, ces tuberculoses locales ont pu, indépendamment de tout stigmate d'hérédo-syphilis, se développer à la faveur d'une prédisposition toute spéciale créée par un terrain propice ; si elles ont été améliorées ou même guéries par le mercure, c'est parce que le mercure a modifié ce terrain, l'a rendu inapte à la culture du bacille de Koch. Il en est ainsi, à mon sens, pour nombre d'expressions cliniques de la scrofule (écrouelles, lupus, ostéites, etc...) et c'est par là que la scrofule n'est pas si éloignée de l'hérédo-syphilis qu'elle le paraît actuellement à la majorité des médecins.

De tout ce qui précède, il résulte que, dans les cas où les caractères objectifs de la lésion observée ne sont pas suffisamment précisés et laissent planer le doute sur sa véritable nature, syphilitique ou tuberculeuse, trois éléments de diagnostic interviennent précieusement : *l'existence de la syphilis dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade, la constatation du bacille de Koch ou du tréponème dans les exsudats*, *les résultats du traitement d'épreuve*.

Diagnostic anatomique.

Je ne saurais terminer ce rapide aperçu sur les éléments généraux du diagnostic différentiel entre les lésions syphilitiques et tuberculeuses, sans ajouter que si le diagnos-

(1) J. Lucas-Championnière, L'action antiseptique de l'onguent napolitain. Son emploi pour toutes les suppurations chroniques, les tuberculoses locales. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1906.

tic clinique est parfois des plus difficiles, le diagnostic anatomique ne l'est pas moins. Et ceci se comprend aisément ; en matière de dermatologie tout au moins, le diagnostic clinique est inséparable du diagnostic anatomique macroscopique ; décrire les caractères objectifs d'une lésion cutanée, c'est faire œuvre d'anatomo-pathologiste ; or, dans les cas que j'envisage, ce diagnostic est douteux, souvent même impossible ; les *gommes*, les *ulcérations*, les *infiltrations* sont des lésions communes à la syphilis et à la tuberculose et présentent, dans l'une et l'autre maladie, des aspects et des caractères presque identiques. Il en est de même pour les localisations profondes, articulaires, osseuses, viscérales ; c'est pourtant au diagnostic macroscopique qu'il faut ici se fier le plus ; la présence de gommes, l'aspect étoilé spécial des cicatrices fibreuses constituent incontestablement un faisceau de haute présomption, dont le foie ficelé syphilitique synthétise le type le plus achevé. Dans les cas bien nets, la confusion n'est guère possible avec les foyers tuberculeux nodulaires, fibreux, caséeux ou cavitaires. Bien souvent cependant, l'hésitation est permise et doit même s'imposer pour un esprit informé. En pareille occurence, il ne faudra guère compter sur l'examen histologique pour dissiper le doute ; il l'accréditera plus encore que l'examen macroscopique ; ce n'est pas le microscope qui différenciera une gomme calcifiée d'un tubercule crétacé. Les lésions de la syphilis et de la tuberculose consistent essentiellement, comme celles de toutes les grandes infections chroniques, comme celles de la lèpre et de la morve, en *granulomes*, c'est-à-dire en néoplasies cellulaires de caractère inflammatoire associées à des *lésions vasculaires* (Darier) ; les cellules géantes s'observent indifféremment dans les processus syphilitiques et tuberculeux ; « elles représentent le terme ultime de la

défense de nos tissus contre le parasite qui les envahit » [1] ; les nodules embryonnaires appartiennent aussi bien aux gommes miliaires (follicules syphilitiques de Brissaud) qu'aux follicules tuberculeux ; les lésions vasculaires, les artérites, sont communes aux deux maladies. Ce qui différencie ces divers granulomes, c'est la spécificité du parasite qui suscite leur développement ; histologiquement, ils n'ont qu'une signification banale, traduisant la réaction inflammatoire du tissu vis-à-vis du germe envahisseur ; « le tubercule, ainsi que je l'écrivais dans ma thèse, doit être considéré aujourd'hui comme le produit de la réaction de l'organisme vis-à-vis du bacille ; c'est une inflammation dans le sens le plus absolu du mot, inflammation caractérisée surtout et d'abord par une diapédèse intense destinée à assurer la phagocytose et pouvant se terminer par l'apparition d'une cellule géante, destinée à servir de sépulture au bacille ».

Aussi bien peut-on dire avec Darier [2] que « l'histologie ne montre que des nuances de structure plutôt que des dissemblances grossières », et qu'il n'existe réellement qu'un élément de certitude, pour le diagnostic, à savoir le résultat fourni par l'examen bactériologique. Encore doit-on tenir compte des réserves que comporte ce procédé d'investigation ; l'inoculation reste le moyen le plus sûr, car la coloration du bacille de Koch sur les coupes est le plus souvent négative et trompeuse ; d'autre part, « on a décrit et on étudie actuellement sous le nom de *tuberculides* ou *toxi-tuberculides*, un groupe d'affections cutanées d'origine et de structure tuberculeuses, qui ne renferment

(1) ÉMILE SERGENT, Tubercules et cavernes biliaires. Recherches anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales. Pathogénie de la tuberculose des voies biliaires. *Thèse de Paris*, 1895.

(2) J. DARIER, Pathologie générale de la peau. *La Pratique dermatologique*, t. I, p. 84.

pas de bacilles de Koch et ne sont pas inoculables. On voit donc combien la découverte du microbe de la syphilis serait un progrès d'une immense portée, et cela à tous égards, tant au point de vue pratique, utilitaire, qu'au point de vue scientifique » (Darier) [1].

Il est évident que la découverte récente de la *spirochæte pallida* semble bien destinée à réaliser ce progrès. Toutefois il ne faut pas oublier, qu'actuellement, les difficultés du diagnostic anatomique ne sont pas aplanies, puisque ce parasite n'a jamais pu être décelé dans les lésions tertiaires, où on suppose qu'il existe à un stade différent de son évolution, stade qui n'est pas déterminé ni décelable par les procédés de recherche dont nous disposons.

II

Diagnostic des diverses localisations.

Il n'est pas de tissu, pas d'organe, sur lequel la syphilis et la tuberculose ne puissent se fixer. Évidemment, chacune a, si j'ose dire, ses préférences. Il est incontestable, par exemple, que la tuberculose affectionne tout particulièrement le poumon, à l'inverse de la vérole qui ne se localise sur ce viscère que d'une façon comparativement très rare ; il est également vrai que les altérations du système nerveux central sont plus fréquentes chez les syphilitiques que chez les tuberculeux ; que les lésions scléro-gommeuses des capsules surrénales sont exceptionnelles et presque complètement ignorées, tandis que la caséifi-

[1] J. Darier, Diagnostic anatomique des lésions tertiaires. *Traité de la syphilis, de Fournier*, fasc. III, p. 59.

cation de ces glandes est presque banale, tant elle est fréquemment observée ; que les membranes séreuses offrent pour le bacille de Koch un milieu de culture éminemment propice à son développement ; que la pleurésie, que la péritonite, que la péricardite sont l'apanage des tuberculeux, alors que chez les syphilitiques elles n'existent guère qu'à l'état d'adhérences ou de symphyses résultant de la propagation inflammatoire et circonscrite d'une localisation viscérale sous-jacente.

Les ostéo-arthropathies appartiennent à peu près également aux deux maladies ; dans la tuberculose, elles atteignent de préférence les jeunes sujets, tandis qu'elles se rencontrent surtout chez l'adulte au cours de la syphilis ; mais cette distinction ne présente aucun caractère absolu, car la syphilis héréditaire, plus ou moins précoce, porte volontiers ses coups sur le système osseux et sur les articulations.

Les lésions de la peau et des muqueuses, les adénopathies s'observent avec une fréquence à peu près égale dans l'une et l'autre maladie.

Du degré de fréquence respectif des localisations morbides de la syphilis et de la tuberculose, il est possible, en somme, et d'une façon très générale, de tirer un élément de présomption pour le diagnostic, surtout en tenant compte de l'âge du malade et des circonstances qui ont précédé ou qui accompagnent l'évolution de la lésion suspecte.

En présence d'une pleurésie avec épanchement, par exemple, le clinicien ne devra songer à la syphilis que si le sujet, indemne de toute tuberculose, présente une roséole, ou des plaques muqueuses, ou porte la cicatrice d'un chancre récent ; il lui suffira de savoir que la pleurésie syphilitique secondaire a été signalée, pour pouvoir

la dépister, si, par exception, il la rencontre. Il ne doit rien ignorer des utiles et nécessaires données de la pathologie; mais il doit savoir faire abstraction des descriptions théoriques, diriger ses investigations suivant les grandes lignes des idées générales, rester simpliste et ne pas s'égarer dans le dédale des faits exceptionnels, qui constituent ce qu'on pourrait appeler le *musée des curiosités médicales*. Il importe cependant qu'il les connaisse, et cela surtout en matière de diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis; car, ici, plus peut-être qu'en aucune autre circonstance, son ignorance pourrait entraîner les plus graves conséquences.

Aussi bien, dans ce chapitre, ne m'attarderai-je pas à décrire avec complaisance les localisations banales de ces deux maladies sur les divers organes. Je n'écrirai pas un chapitre de pathologie; je m'attacherai, en choisissant des exemples typiques, à montrer combien la syphilis ressemble à la tuberculose; je passerai en revue les circonstances dans lesquelles la confusion est possible et je m'efforcerai d'indiquer les moyens dont dispose la clinique pour éviter l'erreur.

J'étudierai successivement les localisations viscérales, puis les localisations cutanées et muqueuses, osseuses et articulaires, musculaires et ganglionnaires; pour chacune d'entre elles, je confondrai, dans une même description, les manifestations de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire tardive, parce qu'elles ne diffèrent que par leur étiologie et présentent des caractères cliniques communs. Dans un dernier chapitre, j'opposerai la syphilis héréditaire précoce à la tuberculose du premier âge et m'efforcerai de montrer, à côté des ressemblances qu'elles peuvent affecter, les signes distinctifs qui les séparent et permettent de les différencier.

1° LOCALISATIONS VISCÉRALES

A. — Appareil respiratoire.

a. — *Larynx, trachée et bronches.*

Les *laryngites* de la période secondaire de la syphilis, si elles sont, dans la majorité des cas, bénignes et éphémères, affectent parfois une ténacité désespérante et tendent, par leurs perpétuelles récidives, vers la chronicité ; elles se poursuivent alors, sans rémissions notables, jusque dans la période tertiaire. Parfois, la laryngite n'apparaît qu'à ce moment ; en pareil cas, elle s'accompagne souvent de trachéite et de bronchite, aboutissant, peu à peu, à la sténose des voies respiratoires supérieures avec ses redoutables conséquences.

Sous quelque modalité qu'elles se présentent, à quelque époque qu'elles fassent leur apparition, les laryngopathies syphilitiques offrent une symptomatologie qui, abstraction faite des résultats fournis par l'examen direct au laryngoscope, ne diffère guère de celle des laryngopathies tuberculeuses. En outre, elles ouvrent accès à la tuberculisation et il n'est pas rare de voir une syphilose laryngée se transformer sur place en phtisie laryngée, prélude d'une phtisie pulmonaire. « Le laryngopathe syphilitique, même guéri, a des titres acquis pour une candidature à une tuberculose laryngée qui peut s'ouvrir d'un jour à l'autre. » (Landouzy.) Lorsque j'étudierai, dans la seconde partie de ce travail, l'importance de la syphilis dans l'étiologie de la tuberculose, j'insisterai tout particulièrement sur la fréquence de ce mode de tuberculisation chez les syphilitiques.

Ce que je veux surtout mettre en relief ici, c'est que la

laryngite de la période secondaire s'accompagne assez souvent de *trachéo-bronchite* et peut, en raison même de l'anémie, de l'amaigrissement, de la déchéance parfois profonde de l'état général à cette période de la syphilisation, en imposer pour une tuberculose commençante ; or, il importe d'autant plus d'en reconnaître la véritable nature qu'elle est au plus haut chef, si elle ne reçoit pas le traitement spécifique qui lui convient, susceptible de provoquer l'éclosion d'une tuberculisation qui n'existe pas encore, et cela, en raison même de sa ténacité et de ses allures récidivantes.

J'ai la conviction, et c'est pourquoi j'insiste à dessein sur ces considérations cliniques en général trop négligées, que nombre de rhumes prolongés, dégénérés en phtisie, n'ont pas d'autre origine et que beaucoup d'individus échapperaient à la tuberculose pulmonaire qui les guette, si le médecin savait dépister chez eux la syphilis qui se cache et la soigner dès le début. A défaut de roséole très apparente, de cicatrice visible du chancre, chez la femme notamment, la recherche de ganglions mastoïdiens ou épitrochléens, de plaques muqueuses buccales, vulvaires ou anales, de céphalée nocturne, de ce que j'appellerai « les petits signes de la syphilisation débutante », ne doit jamais être négligée ; doublée de l'examen laryngoscopique et de l'examen bactériologique des crachats, cette investigation peut mettre sur la voie d'un diagnostic dont les conséquences sont du plus haut intérêt pratique.

L'existence de la *bronchite syphilitique secondaire* ne saurait être mise en doute, en effet. Elle traduit cliniquement la localisation sur la muqueuse respiratoire d'une éruption généralisée à tous les revêtements épithéliaux et doit être comparée à l'énanthème rubéolique. A cet égard, il sera nécessaire, à l'avenir, de rechercher dans les cra-

chats, la *spirochæte pallida*; outre que la constatation de ce parasite ne laisserait aucun doute sur le diagnostic, dans chaque cas particulier, elle serait d'un intérêt général puissant en confirmant l'existence réelle de la trachéo-bronchite syphilitique secondaire. Les médecins anglais semblent en avoir donné les premières descriptions. Pour Stokes [1], elle suit de près l'infection; le malade tousse et présente tous les signes d'un catarrhe bronchique avec fièvre; puis, au bout de quelques jours, une éruption caractéristique apparaît sur la peau et, plus ou moins rapidement, la bronchite disparaît. Byrne, médecin de l'hospice des vénériens de Londres, dit qu'il a vu fréquemment des malades, venus à l'hôpital pour un chancre, être pris brusquement de bronchite fébrile; peu après, apparaissait une éruption cutanée abondante, immédiatement suivie de la disparition de la bronchite. Graves [2] confirme le fait. Lancereaux [3], qui cite ces auteurs, rapporte qu'il a vu « survenir et se développer tous les signes d'une inflammation subaiguë des bronches, y compris la dyspnée, chez un jeune homme, qui, quelques jours plus tard, fut atteint d'une éruption manifestement syphilitique ».

Potain, d'ailleurs, reconnaissait l'existence de la bronchite syphilitique secondaire, puisqu'il insista, à maintes reprises, sur son importance comme facteur pathogénique de tuberculisation pulmonaire.

Barthélemy [4] a insisté récemment sur la trachéo-bronchite syphilitique secondaire, véritable syphilis pulmonaire précoce simulant la tuberculose au début et dont le

(1) Stokes, *Diseases of the chest.*, p. 95, London.

(2) Graves, *Clinical medicine.* Dublin, 1845, p. 246.

(3) Lancereaux, *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1866, p. 161. — Des affections syphilitiques de l'appareil respiratoire. *Arch. de méd.*, 1873.

(4) Barthélemy, Syphilis et tuberculose. *Congrès international de la tuberculose.* Paris, 1905.

caractère essentiel serait de durer et de récidiver *in situ* à l'instar des syphilides linguales érosives ou fissuraires dont elle paraît être l'équivalent.

J'ai eu, personnellement, l'occasion d'observer récemment une malade, chez laquelle un catarrhe bronchique précéda de quelques jours la roséole et disparut assez rapidement, sans autre médication que le traitement spécifique.

Cette observation peut être considérée comme type et c'est pourquoi je crois utile de la résumer ici en quelques lignes.

La nommée R..., âgée de 48 ans, journalière, entre à Necker, salle Peter, le 4 novembre 1905, se plaignant d'être atteinte de bronchite.

Elle n'a jamais été malade jusqu'au mois d'août précédent; à cette époque elle fit un premier séjour de cinq semaines à l'hôpital pour une arthrite blennorragique.

Vers la mi-septembre (quelques jours après sa sortie), elle remarqua sur la vulve une petite ulcération non douloureuse, dont on voit encore la trace ; cette ulcération s'accompagna d'une adénite inguinale indolente, qui existe encore il s'agit, sans aucun doute, d'un chancre syphilitique

Vers la mi-octobre (un mois environ après l'apparition du chancre, c'est-à-dire précisément au début de la période secondaire) la malade, sans avoir été soumise à aucun refroidissement, se mit à tousser; elle eut un peu de fièvre pendant quelques jours ; actuellement, elle tousse encore et expectore en assez grande abondance des crachats muqueux; l'auscultation fait entendre dans toute la poitrine des râles ronflants et sibilants de bronchite.

Or, quelques jours après le début de cette bronchite, apparut une éruption maculo-papuleuse disséminée sur toute la peau et offrant les caractères les plus nets de la

syphilis seeondaire. Des plaques muqueuses se voient dans la gorge, sur les lèvres et sur la vulve.

En outre, il existe une eonjonetivite intense avce iritis de l'œil droit.

L'examen baetériologique des crachats est négatif pour les baeilles de Koeh.

En outre du traitement local de l'iritis et des plaques muqueuses, la malade est soumise à une série d'injeetions quotidiennes de 2 eentigrammes de benzoate de mereure; la première injeetion est faite le 5 novembre.

Progressivement l'éruption eutanée et les plaques muqueuses s'éteignent parallèlement au eatarrhe bronchique; eelui-ei a eomplètement disparu le 15 novembre, tandis que les papules eutanées, très affaissées et décolorées, persistent jusqu'au 30 novembre.

Cette observation est, à mon sens, suffisamment probante eomme exemple de bronehite syphilitique secondaire. L'énanthème, ainsi qu'il est de règle, d'après les descriptions des auteurs, a préeédé de quelques jours l'exanthème; il paraît avoir été la première manifestation de la période secondaire. Il semble bien qu'iei cet énanthème puisse être eonsidéré comme la conséquenee de l'intensité toute spéeiale de l'efflorescence seeondaire, à en juger par l'envahissement de toutes les muqueuses, par la eonfluenee de la roséole papuleuse et par l'iritis.

Il est possible que la bronehite syphilitique appartienne en propre à ees formes intenses du seeondarisme. Il est eertain, tout au moins, qu'on ne la reneontre qu'exeeptionnellement au eours des syphilis secondaires discrètes et eommunes. Il n'en est pas moins vrai qu'il est néeessaire de lui opposer un traitement spéeifique énergique; cette indieation est même d'autant plus formelle que, si

cette bronchite est le propre d'un secondarisme qui s'annonce avec tous les caractères d'une intensité spéciale, elle aura tendance à persister et à laisser plus longtemps la porte ouverte pour la tuberculisation.

Il serait intéressant de rechercher si cette bronchite syphilitique secondaire ne crée pas une prédisposition *aux localisations trachéo-bronchiques du tertiarisme*. Celles-ci sont, en effet, assez précoces; on les a vues souvent survenir dans le cours de la première année. Elles constituent l'une des manifestations les plus redoutables de la vérole. Leur gravité trouve vraisemblablement sa cause dans ce fait qu'elles ne sont en général reconnues qu'à une phase avancée de leur évolution, alors que le processus de sclérose et de cicatrisation rétractile des ulcérations serpigineuses et des infiltrations gommeuses provoque une sténose des voies respiratoires contre laquelle le traitement spécifique demeure fatalement impuissant.

Peu importe, en réalité, le diagnostic à ce moment; alors même qu'il sera possible, par les investigations cliniques (commémoratifs, examen bactériologique de l'expectoration, etc.), d'éliminer la tuberculose, d'écarter les diverses causes de rétrécissement trachéo-bronchique, et d'affirmer l'origine syphilitique de la lésion, le médecin assistera, désarmé, aux progrès de l'asphyxie; en formulant son diagnostic il aura, si j'ose dire, prononcé un arrêt de mort. En pareil cas, en effet, la trachéotomie n'offre même pas la ressource d'un palliatif plus ou moins durable; elle est impuissante à soulager le malade; alors qu'elle met un terme à l'asphyxie, lorsque la sténose est limitée au larynx, elle n'est d'aucun secours lorsque l'obstacle siège sur les parties inférieures de la trachée et sur les bronches.

Tel fut le cas pour un malade qui était entré un matin

dans le service de mon regretté maître Gingeot ; une ulcération tertiaire en évolution sur la face dorsale du poignet, une leucoplasie buccale, l'aveu du malade, ne laissaient guère de doute sur la nature des accidents respiratoires qui l'avaient fait conduire à l'hôpital : tirage sus et sous-sternal, cornage, dyspnée atroce, avec souffle de compression bronchique. Je pratiquai la trachéotomie ; elle ne fut suivie d'aucune détente et, malgré nos efforts, nous assistâmes à la mort la plus affreuse qu'on puisse imaginer. L'autopsie nous permit de constater l'existence d'un énorme syphilome médiastinal comprimant les bronches et la trachée, qui, en outre, étaient le siège de lésions scléro-gommeuses sténosantes encore en activité.

Je rapprocherai de cette observation celle d'un malade du Dr Tisserand, que je vis avec lui et qui, syphilitique depuis 15 ans sans le savoir, fut atteint de symptômes pulmonaires qui firent songer tout d'abord à la tuberculose. Cependant l'allure un peu spéciale des symptômes, l'absence de bacilles de Koch, vérifiée par de nombreux examens, l'aggravation progressive des signes de sténose trachéo-bronchique, invitèrent à recourir au traitement spécifique. Mais les lésions déjà cicatrisées avaient créé la sténose irrémédiable et le malade succomba à l'asphyxie progressive.

Aussi bien convient-il de ne pas attendre l'apparition des signes de sténose pour songer à la possibilité du syphilome trachéo-bronchique. C'est dès le début, alors que la lésion est encore au stade d'infiltration, alors qu'il est possible d'obtenir du traitement spécifique une résolution qui n'aboutira pas à la cicatrisation sténosante, qu'il faut penser à la syphilis. Or, à ce moment, le médecin n'aura guère pour se guider que les résultats de ses investigations générales ; la constatation de quelque stigmate syphi-

litique, la notion de la syphilis dans les antécédents du malade, éveilleront ses soupçons ; de signe de certitude, il n'en trouvera pas ; les symptômes sont ceux d'une trachéo-bronchite subaiguë avec expectoration muco-purulente ou sanguinolente, qui, par sa ténacité, ferait plutôt songer à une tuberculose commençante. Bien plus, la tuberculose peut même exister réellement ; l'expectoration contient des bacilles ; cette constatation ne suffit pas pour écarter le diagnostic de syphilome trachéo-bronchique ; l'association est possible. Or, le syphilitique tuberculeux n'a qu'à gagner à être soumis au traitement mercuriel. Aussi bien, toute bronchite tenace, suspecte, qui survient chez un syphilitique, doit-elle imposer la nécessité d'une cure immédiate et suffisamment intense.

b. — *Plèvre.*

Si on oppose l'extrême fréquence de la tuberculose pleurale à l'exceptionnelle rareté des pleurésies syphilitiques, on conçoit aisément que l'hésitation entre la nature syphilitique ou tuberculeuse d'une pleurésie ne sera possible que dans des circonstances tout à fait particulières. Ce ne sera guère que lorsque le sujet sera manifestement syphilitique que le doute devra s'imposer. Il faut savoir, en effet, que certaines déterminations pleurales existent dans la syphilis, et que, par conséquent, toute pleurésie qui survient chez un syphilitique, même s'il est en même temps suspect de tuberculose, n'est pas fatalement tuberculeuse.

Quelles sont donc les altérations pleurales qu'on peut rencontrer chez les syphilitiques et à quels signes pourra-t-on les reconnaître ?

Deux types étiologiques doivent être distingués : ou bien

la pleurésie est la conséquence d'une propagation inflammatoire de voisinage, ou bien elle est le résultat d'une localisation limitée à la séreuse pleurale.

Dans le premier groupe, qui n'est le plus souvent qu'une forme spéciale de la syphilis pulmonaire, la pleurésie n'est qu'un épiphénomène, une complication surajoutée à la pneumopathie syphilitique. « Une pleurésie sèche, dit Lancereaux, formée d'adhérences membraneuses, sous forme de bandes épaisses, est, pour ainsi dire, l'acolyte obligé des lésions syphilitiques diffuses ou circonscrites du parenchyme pulmonaire. Cette pleurésie, qui, par ses caractères spéciaux, rappelle les adhérences qui unissent le foie syphilitique au diaphragme, se rattache manifestement à la syphilis. »

Mais cette pleurésie ne se borne pas toujours à de simples adhérences ; elle peut être exsudative. Le Pr Dieulafoy [1] a signalé un cas de ce genre ; l'épanchement était sanguinolent et la guérison fut obtenue par le traitement spécifique. Au congrès de Vienne, en 1892, le Pr Gaucher, parmi quelques observations rares de syphilis tertiaire fruste, signale le cas d'une malade qui, ponctionnée deux fois sans résultat, vit disparaître un épanchement pleural associé à une pneumopathie syphilitique, sous l'influence du traitement spécifique. M. Balzer a rapporté une observation consignée dans la thèse de son élève Jacquin [2], et que je tiens à mentionner ici, car elle montrera bien les difficultés et l'importance du diagnostic avec la tuberculose: un homme arrive à l'hôpital avec *tous les signes d'une pneumonie caséeuse* ; un mois après apparaît un épanchement pleural abondant; on porte le diagnostic de

[1] Dieulafoy, Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre. *Gaz. hebdom.*, 1889.

[2] Jacquin, *Thèse de Paris*, 1884.

pleurésie tuberculeuse; le quatrième jour la mort survient et l'autopsie montre un foie syphilitique et un poumon farci de gommes dont la plus superficielle effleurait la plèvre; celle-ci, très épaissie, contenait environ deux litres de liquide sanguinolent; la recherche du bacille de Koch dans ces lésions fut négative. D'autre part, Nikouline (de Moscou) [1], cité par Marfan, dans son article du *Traité de Médecine*, décrit, sous le nom de *péripleurésie syphilitique*, une lésion consécutive à une périostite costale spécifique, se caractérisant par des signes d'épanchement peu abondant, avec voussure limitée, et curable par le traitement mercuriel.

Voilà donc deux types de pleurésie survenant chez des syphilitiques et qu'aucun caractère propre ne distingue en réalité des types analogues si fréquents au cours de la tuberculose. Là, c'est une pleurésie à épanchement le plus souvent sanguinolent, compliquant une pneumopathie dont tous les symptômes évoquent l'idée de la tuberculose pulmonaire et réalisant, en fait, une forme pleurale de la phtisie vérolique. Ici, c'est une pleurite consécutive à une périostite costale spécifique et qui simule l'abcès froid pleural d'origine costale. Vu la rareté de ces manifestations de la vérole comparée à la fréquence des lésions tuberculeuses de même allure, le médecin ne songe pas à la syphilis, à moins que la constatation de stigmates ou de cicatrices caractéristiques n'éveille son attention. Il importe donc qu'il n'ignore pas la possibilité de pareils faits et qu'il ne néglige jamais la recherche des indices qui peuvent lui permettre de dépister une syphilis ignorée.

Pour ce qui est du second groupe, c'est-à-dire des pleu-

(1) NIKOULINE, Sur les pleurésies syphilitiques. *Semaine médicale*, 1891, p. 116.

résies qui ne procèdent pas d'une inflammation de voisinage, il est permis de dire qu'elles appartiennent plutôt à la théorie qu'à la pratique. Nous ne connaissons pas d'observations de lésions syphilitiques tertiaires localisées uniquement à la plèvre. La pleurésie de la période secondaire, la seule qui ait été décrite, soulève une question de doctrine et n'est pas admise sans réserves. Etudiée par Chantemesse et Widal [1], Talamon [2], Prétorius [3], Rochon [4], Carra [5], Montseret [6], *la pleurésie du stade roséolique* est niée par Lancereaux et par Landouzy [7] qui la considère comme une tuberculose pleurale primitive, « la syphilis ayant ici joué le rôle de cause occasionnelle tout comme l'aurait pu faire un refroidissement.... Il est vraisemblable que si on prend coutume de faire, avec les liquides pleurétiques trouvés chez les syphilitiques, des injections abondantes intra-péritonéales chez le cobaye ou le lapin, ces injections révèleront la nature bacillaire des pleurésies dont souffrent les syphilitiques, lesquelles sont de *support syphilitique et de nature bacillaire.* »

Pour ma part, je m'associe à cette critique; je crois que les observations qui ont été publiées ne sont pas suffisamment probantes pour qu'il soit possible d'admettre, sans aucun doute, l'existence d'une syphilose pleurale secondaire; cependant, j'estime que ces pleurésies sont justiciables du traitement spécifique, par cette raison même, ainsi que je l'ai dit ailleurs [8], que « chez les tuberculeux,

(1) Chantemesse et Widal, *Soc. méd. des hôp.*, 1890.
(2) Talamon, *Médecine moderne*, 1891.
(3) Prétorius, Pleurésie syphilitique primitive. *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, septembre 1891.
(4) Rochon, Des pleurésies syphilitiques. *Thèse de Paris*, 1893.
(5) Carra, Des pleurésies syphilitiques. *Thèse de Paris*. 1894.
(6) Montseret, *Thèse de Montpellier*, 1894.
(7) Landouzy, *Cliniques de Laënnec.*
(8) Emile Sergent, A propos d'un cas de tumeur blanche chez un tuberculeux syphilitique. *Soc. méd. des hôp.*, 3 mars 1905.

syphilitiques, le traitement spécifique non seulement guérit les manifestations actuelles de la syphilis, mais même améliore considérablement l'état général et les localisations de la tuberculose ». C'est ainsi qu'il faut expliquer, à mon sens, la résolution en apparence spontanée de l'épanchement pleural dans les cas de ce genre; le malade se trouve en pleine poussée de syphilis secondaire; il est, de ce fait, soumis au traitement mercuriel; celui-ci modifie favorablement le terrain syphilitique sur lequel a germé la tuberculose pleurale. Voilà, en réalité, le fait important au point de vue pratique; il n'en est pas moins vrai qu'il serait intéressant, au point de vue théorique et doctrinal, de faire la démonstration bactériologique de la nature de ces pleurésies du stade roséolique; cette recherche s'imposera dans l'avenir; il faudra systématiquement examiner le liquide retiré par ponction; et, à défaut du bacille de Koch, il sera peut-être possible de déceler la présence de la *spirochæte pallida*, et alors seulement, si toutefois ce parasite, rencontré couramment au sein des lésions de la syphilis secondaire, jouit réellement d'une valeur spécifique, il sera permis d'accepter l'existence de la pleurésie syphilitique du stade roséolique [1].

[1] Dans un mémoire récent (*Annales des maladies vénériennes*, n° 2, septembre 1906) MM. Œttinger et Malloizel ont cherché dans l'examen cytologique la preuve de la nature syphilitique des pleuropathies qui accompagnent la période secondaire. Ils n'ont jamais constaté la présence du tréponème; la formule cytologique a consisté surtout en une abondance considérable d'éléments lympho-conjonctifs, de macrophages dérivés des éléments endothéliaux ou des cellules du tissu conjonctif qui constitue la plèvre; en outre, au déclin de la pleuropathie, ils ont noté l'abondance des éosinophiles. — Mais, en réalité, si telle est la formule des épanchements pleuraux de la période secondaire, elle n'est pas spéciale cependant à la syphilis; si bien que, malgré leur intérêt, ces constatations ne paraissent pas de nature à modifier les réserves que je formule dans cet article, écrit avant la publication du mémoire de MM. Œttinger et Malloizel.

c. — *Poumon.*

« On ordonna un électuaire pour un phtisique qui était dans une situation désespérée; par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter et le phtisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire, pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de la méprise, prit de cet onguent, environ la grosseur d'une noix muscade, deux à trois fois par jour, et il fut radicalement guéri de sa maladie, au grand étonnement du médecin qui apprit ensuite, par hasard, de l'apothicaire, comment la chose s'était faite [1]. »

Si j'ai tenu à ouvrir ce chapitre en rappelant cet exemple fameux, reproduit dans tous les traités, c'est parce qu'il le résume à lui seul, et contient, sous une forme saisissante, tout l'enseignement pratique que je m'efforcerai d'y introduire. Il évoque les ressemblances étroites qui rapprochent la syphilis pulmonaire de la tuberculose et justifient la dénomination de *phtisie vérolique*, proposée par Astruc et demeurée classique. Il montre que la syphilis pulmonaire, au moins dans ses modalités les plus communes et les plus fréquentes, aboutit presque fatalement à la consomption et à la mort, si elle est méconnue, tandis qu'elle est susceptible d'une guérison, parfois inespérée, lorsqu'elle est convenablement traitée. Il invite enfin le médecin à chercher dans un examen clinique rigoureux les éléments d'un diagnostic dont dépend la vie du malade. Qu'il ne laisse pas échapper une occasion, trop rare hélas! d'exercer son rôle de guérisseur! Qu'il sache reconnaître la vérole, si elle se manifeste ouvertement; qu'il songe à la démasquer, si elle se dissimule et se cache! Qu'il ne

[1] Brambilla, *Traité du phlegmon*, 1777.

méconnaisse la valeur ni la signification d'aucun des stigmates de la syphilis acquise ou héréditaire ! Qu'il n'ignore aucun des indices révélateurs qui peuvent éveiller ou confirmer ses soupçons ! Qu'il pense à la syphilis si le soi-disant phtisique qui se présente à lui n'a pas les allures habituelles du parfait tuberculeux ; si la localisation des lésions est anormale ; si leur profondeur et leur étendue sont en désaccord avec le peu d'importance de l'altération générale de la santé. Qu'il se souvienne qu'un phtisique, en apparence bien portant (Bazin), est parfois, sinon souvent, un syphilitique. Qu'il sache enfin que la syphilis pulmonaire est capable de simuler toutes les formes de la tuberculose, ainsi que nous l'ont appris les travaux de Lagneau, Lancereaux, Landrieux, Fournier, Jullien, Mauriac, Dieulafoy..., pour ne citer que les principaux (1).

Nous avons passé en revue, dans les chapitres précédents, les formes pleurales et trachéo-bronchiques, dans lesquelles la syphilis du poumon n'est qu'une associée négligeable, dont les localisations s'effacent devant l'importance prépondérante des signes d'épanchement ou des phénomènes de sténose asphyxiante.

Il nous reste à envisager les formes dans lesquelles la pneumopathie syphilitique évolue à l'état de pureté, exempte de toute association et de toute complication de voisinage. Ici le diagnostic présente des difficultés pour le moins aussi considérables, car, en réalité, la syphilis pulmonaire ne possède aucun caractère qui lui appartienne en propre et puisse permettre de la différencier de la tuberculose. C'est le même ensemble de symptômes,

(1) Dans un ouvrage tout récent, paru pendant l'impression de ce livre, M. Bériel fait une étude très complète de la syphilis pulmonaire de l'enfant et de l'adulte. (Steinheil, éditeur, Paris, 1907).

ce sont les mêmes signes physiques et fonctionnels, c'est la même consomption. Bien plus, suivant le mode de groupement de ces symptômes, suivant la durée de leur évolution, ce sont les mêmes formes cliniques, galopantes ou lentes, excavantes ou sclérosantes.

Est-ce à dire, cependant, qu'aucune présomption ne peut susciter l'indication d'une thérapeutique dont l'action véritablement curative apportera avec elle la certitude rétrospective du diagnostic? Certes, non; le clinicien, instruit et perspicace, n'est pas désarmé; il peut soupçonner, sinon affirmer, la nature syphilitique de la pneumopathie en se basant sur la constatation de tel ou tel ensemble d'éléments d'appréciation, tirés de l'évolution générale de la maladie, du siège des lésions, des antécédents du malade, de l'examen bactériologique des crachats, des résultats du traitement d'épreuve.

1° *Évolution générale de la pneumopathie.* — Il n'est pas jusqu'aux formes aiguës de la tuberculose que ne puissent simuler les pneumopathies syphilitiques. On a décrit, en effet, une véritable *phtisie galopante syphilitique.* Authentiquée, au point de vue anatomique, par les autopsies de Vierling, de Cuffer et Rémy, cette forme a été bien étudiée, au point de vue clinique, par Jacquin [1], qui rapporte, entre autres, l'observation classique de Giraudeau, et par Dieulafoy qui, ajoutant à cette observation un cas personnel et un cas de Raymond, en fait une description générale. C'est ici le tableau habituel de la phtisie galopante, avec fonte rapide du poumon, expectoration nummulaire, sueurs profuses, fièvre hectique et consomption hâtive. Sans doute l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, le siège des signes cavitaires en une autre

[1] JACQUIN, *Thèse de Paris*, 1884.

région que le sommet, la discordance entre l'intensité de la dyspnée et le peu d'étendue des lésions, sont des caractères distinctifs qui ne doivent pas être négligés. Mais ils n'ont que la valeur d'éléments de présomption, invitant le médecin à chercher dans une enquête spéciale la confirmation de ses soupçons. C'est ainsi que, dans le cas de Giraudeau, la constatation d'adénites occipitales et inguinales et d'une ulcération vaginale permirent de rattacher à la syphilis les symptômes de phtisie galopante, et imposèrent l'indication du traitement spécifique qui amena la guérison en quelques semaines.

Pour si exceptionnelle que soit la phtisie galopante syphilitique, elle ne doit cependant pas être ignorée du médecin; s'il sait qu'elle est *possible*, il ne laissera pas échapper l'occasion qui s'offrira à sa perspicacité de démasquer la syphilis sous les allures fatales de la tuberculose aiguë.

Si je souligne l'importance de cette donnée clinique, c'est parce qu'elle est, en général, trop peu répandue dans la pratique courante; pour la majorité des médecins l'idée d'une pneumopathie syphilitique est inséparable, en effet, d'un processus chronique.

Tel est, d'ailleurs, le fait le plus fréquent; cette notion est classique et familière à tous. Encore convient-il cependant que l'attention soit tenue en éveil et que l'examen du malade soit suffisamment méthodique et complet pour qu'aucun indice n'échappe à l'observation. Sans doute, il ne faut rien exagérer, et ce serait une erreur que de chercher toujours, et en toutes circonstances, la syphilis; mais il est nécessaire de n'ignorer aucun des signes de présomption qui sont de nature à la faire soupçonner et à motiver une investigation dont dépendent à la fois le diagnostic et le pronostic. D'une façon générale, chaque

fois que la phtisie se présente avec des allures sortant quelque peu de la banalité, il faut songer à la possibilité d'une pneumopathie syphilitique, ne fût-ce que pour éliminer ce diagnostic après enquête.

Or, la syphilis pulmonaire, de même qu'elle peut simuler la tuberculose aiguë galopante, affecte des modalités cliniques qui sont calquées sur les principales formes de la tuberculose pulmonaire chronique, et qui sont sous la dépendance du type anatomique. Les lésions de la syphilis pulmonaire sont constituées par l'association en proportions variables de productions gommeuses combinées à un processus de sclérose : la prédominance de l'un ou l'autre de ces deux éléments permet de distinguer une forme gommeuse et une forme sclérosante, correspondant chacune, en clinique, à un type spécial.

Dans le premier cas, l'évolution progressive des gommes, leur ramollissement, aboutissent plus ou moins rapidement à la formation de véritables cavernes, et la maladie revêt les allures générales de la tuberculose commune cavitaire.

Dans le second cas, la diffusion et l'intensité du processus de sclérose réalisent le tableau de la sclérose pulmonaire avec emphysème et dilatation des bronches, et font de la pneumopathie syphilitique l'homologue de la tuberculose fibreuse [1].

[1] A propos d'une observation où le diagnostic de syphilis fut fait pour un cas de dilatation bronchique chez un homme de 45 ans, alcoolique, qui ne tarda pas à mourir, ce qui permit de vérifier l'exactitude du diagnostic, MM. Cade et Savy (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, fév. 1906), rappellent que, parmi les lésions de la syphilose tertiaire, la bronchectasie occupe une place de choix. Ce fait, qui avait déjà été observé il y a longtemps par Hiller, qui avait vu que les prétendues cavernes de la phtisie syphilitique sont, le plus souvent, des dilatations bronchiques, a été confirmé par Lancereaux et son élève Bourdieu qui ont décrit, à

Dans cctte dernière forme, souvent associée, d'ailleurs, à la syphilis de la trachée ct des bronches ct susceptible, partant, de sc compliquer des accidents redoutables de la sténose, l'état général cst, dans la majorité des cas, peu altéré; la maladie est aux poumons, le danger est au cœur; l'aboutissant est l'asystolic d'originc pulmonaire; le pronostic est intimement lié au degré de la résistance cardiaque; le traitement spécifiquc est d'unc cfficacité minime, car il ne peut rien contre la sclérosc définitive et irréductible; il cst néccssairc, cependant, car on ne sait jamais s'il n'existe pas des lésions gommeuses encore en activité et susccptibles d'être cnrayées dans leur évolution. D'ailleurs, le diagnostic de cctte forme et de la tuberculosc fibreuse est d'autant plus difficile que, chez lcs anciens syphilitiques, la tubcrculose a une tendance toutc spéciale à réaliser le type sclérosant, ainsi que nous lc vcrrons dans la seconde partie.

La forme gommeuse, cxcavantc, offrc, au contraire, certaines particularités qui permettent, dans la majorité des cas tout au moins, de la distinguer de la tuberculose chronique cavitaire. L'état général est parfois presque intact, et il n'cst pas rare dc rencontrer des malades de cc genre qui présentent un aspect floride, alors que l'auscultation décèle l'cxistcnce de cavernes volumineuses dans les poumons; ce contrastc, rapproché de la lenteur parfois extrême du processus morbide, est un indice qui ne doit pas échapper au médecin; il motive une investigation minuticuse qui permettra peut-être, par la constatation de stigmates anciens ou actuels, de transformer les

leur tour, la bronchectasie syphilitique, et par Balzer et Grandhomme qui l'ont observée chez l'enfant. Le Pr Tripier, de son côté, a insisté sur les relations de cette lésion avec la spécificité vénérienne; d'après lui, l'affection désignée sous le nom de dilatation bronchique se rapporte manifestement à la syphilis.

soupçons en quasi certitude. Tel fut le cas chez un malade de Panas [1], qui présentait une grosse caverne pulmonaire avec toux et expectoration abondante. La constatation de gommes syphilitiques de l'œil, jointe à la parfaite conservation de l'état général, firent songer à la possibilité d'une syphilose du poumon et, en effet, la guérison radicale fut obtenue après une série d'injections de peptonate de mercure. Il ne faudrait pas croire cependant qu'il en est toujours ainsi ; la syphilis pulmonaire bien souvent réalise le tableau complet de la phtisie ; non seulement les lésions locales, mais même les troubles fonctionnels et généraux, ne se distinguent en rien des signes habituels de la tuberculose ; la fièvre, l'amaigrissement, les sueurs, la toux, les hémoptysies, achèvent la confusion ; en pareil cas, si aucun stigmate objectif n'éveille immédiatement l'attention, la vie du malade est suspendue, si j'ose dire, à une circonstance fortuite, telle que l'apparition intercurrente d'une autre manifestation syphilitique, à moins que la rigueur de l'interrogatoire ou de l'examen pratiqué par le médecin ne révèle, dans le passé ou le présent, un élément de présomption suffisant pour justifier l'épreuve du traitement spécifique.

Ici, plus peut-être que dans aucune autre manifestation viscérale de la syphilis, le diagnostic n'est possible qu'au prix d'une enquête minutieuse ; jamais, dit Mauriac, il n'est aussi nécessaire « de rechercher les antécédents, de fixer la chronologie, de fouiller dans tous les sens le passé pathologique des malades, d'analyser scrupuleusement les signes physiques, de mesurer la portée des troubles fonctionnels et des symptômes généraux, de passer en revue tous les tissus et tous les organes pour y découvrir

(1) Panas, *Médecine moderne*, 1891, p. 95.

les déterminations actuelles ou le vestige de celles qui ont précédé l'affection pulmonaire ».

Quelques observations, prises parmi les plus démonstratives, feront mieux comprendre que tout commentaire cette vérité clinique.

Il en est une qui comporte, à elle seule, tout un enseignement pratique; c'est celle que j'ai publiée tout récemment [1] et qui doit trouver sa place ici.

Le 4 avril 1906, Mme X..., âgée de 52 ans, vient me consulter, amenée par son mari, *parce qu'elle tousse depuis cinq ans.* Elle sait qu'elle est tuberculeuse ou tout au moins elle le croit et me le dit. Elle est très maigre et un peu pâle, et a les apparences d'une phtisique. Ses parents sont très bien portants; ses grands-parents sont morts très âgés (82 et 80 ans); elle a trois frères très robustes et n'a perdu ni frère ni sœur.

Elle-même n'a jamais été malade; mais elle a toujours été chétive et maigre.

Le début de sa maladie actuelle remonte à six années. *Il y a* 6 *ans*, elle fut atteinte d'une ostéite sternale, considérée comme tuberculeuse, opérée chirurgicalement et aujourd'hui parfaitement guérie ; une cicatrice non pigmentée, un peu irrégulière, avec saillie du rebord osseux ruginé en indique le siège.

Un an après (*il y a 5 ans*), apparurent les premiers symptômes pulmonaires ; la malade commença à tousser, puis à cracher. Elle consulta alors plusieurs médecins, et non des moindres, qui tous déclarèrent un début de tuberculose du sommet gauche, en avant. Sur les conseils de l'un d'eux elle fit une cure à la Bourboule, où elle inaugura une suralimentation, qui, depuis lors, ne cessa plus.

[1] Émile Sergent, A propos d'un cas de pneumopathie syphilitique. *Journal des Praticiens*, 22 décembre 1906.

L'hiver suivant, elle se rendit à Leysin, où elle séjourna toute une année, sans engraisser, malgré la suralimentation, et sans aucun profit apparent. Depuis, elle habite constamment la campagne, aux environs de Paris.

Elle n'a pas cessé de tousser.

L'an dernier, la voix devint rauque; cette laryngite est encore en traitement.

Enfin, le mois dernier, pour la première fois, la malade eut une hémoptysie.

Elle est mariée depuis cinq ans; elle n'a pas d'enfants, n'a pas fait de fausses couches et n'est pas enceinte.

Elle est facilement oppressée et ne peut courir, ni monter un escalier sans éprouver un pénible essoufflement.

Elle n'a jamais eu de fièvre, sauf exceptions très courtes, et n'a que très rarement des sueurs nocturnes.

Elle digère très difficilement, est obligée de faire un grand effort de volonté pour manger, car elle n'a aucun appétit; toutefois, elle parvient à continuer la suralimentation, à force d'énergie; elle se plaint d'une saveur acide constante dans la bouche; elle n'est pas constipée et n'a pas de diarrhée. L'estomac est très dilaté et un peu douloureux.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

Le pouls est très rapide (120); le cœur est régulier, mais éréthique; il ne présente, d'ailleurs, aucun signe de lésion.

L'examen de la poitrine montre les signes suivants :

Poumon gauche : en avant, matité sous la clavicule, frottements pleuraux superficiels, souffle cavitaire et gargouillement sur une surface large comme la paume de la main.

En arrière, submatité dans la fosse sus-épineuse; frottements pleuraux, propagation des bruits perçus en avant;

au niveau du hile, souffle bronchique à timbre râpeux, rappelant le cornage; ronchus dans tout le poumon.

Poumon droit : au sommet, on ne constate pas actuellement de signes d'infiltration, mais on y aurait trouvé des signes congestifs intermittents; dans toute la hauteur du poumon on trouve de gros râles ronflants et sibilants et la respiration a un timbre soufflant et râpeux, moins accentué cependant que du côté gauche.

En raison du mode de début de la maladie, de sa durée, des caractères des symptômes actuels, je partage l'opinion des médecins qui ont examiné antérieurement la malade et dont l'autorité contribue à m'influencer; je fais le diagnostic de tuberculose pulmonaire torpide avec excavation du sommet gauche, tendance à la sclérose diffuse et adénopathie trachéo-bronchique.

Je conseille le traitement de recalcification de Ferrier, comportant la suppression de la suralimentation; je prescris des inhalations à l'eucalyptol et au benjoin, des badigeonnages à la teinture d'iode gaïacolée au cinquième.

Le 14 *mai* (six semaines après), la malade revient; elle se réjouit de l'amélioration des fonctions digestives; depuis qu'elle ne se suralimente plus et qu'elle suit son régime, l'appétit est revenu; l'estomac est beaucoup moins dilaté et n'est plus douloureux. Mais la malade s'inquiète parce qu'elle tousse toujours et qu'elle est de plus en plus gênée pour respirer; elle entend une sorte de ronflement strident dans ses bronches. Les lésions pulmonaires n'ont pas bougé.

Le 22 *juin*, les fonctions digestives sont tout à fait parfaites; la malade ne souffre plus du tout de l'estomac : elle a retrouvé la sensation de faim, mange avec appétit et digère parfaitement. Elle se sentirait très bien si la per-

sistance de la toux et de l'expectoration ne l'inquiétait. La toux est même devenue plus déchirante, plus quinteuse. L'oppression est plus forte. Les signes d'auscultation sont les mêmes.

Le 3 août, aucune modification nouvelle; concevant, ce jour-là, un vague soupçon, je demande une analyse nouvelle des crachats, qui, faite par le Dr Hallion, est absolument négative quant au bacille de Koch.

Le 31 août, le mari vient seul pour me donner des nouvelles de la malade, qui est très fatiguée. Il me dit que la toux et l'expectoration n'ont jamais été si abondantes, mais que les fonctions digestives continuent de rester très améliorées; que, d'autre part, pour la première fois, il y a quelques jours, sa femme a éprouvé de *vives douleurs dans les os, le long des crêtes tibiales, surtout le soir et la nuit*. Ce fait, s'ajoutant à mes soupçons précédents, venant après le résultat négatif de l'analyse des crachats, éveillant l'idée de douleurs ostéocopes, m'invite à profiter de l'occasion qui s'offre à moi d'interroger librement le mari, en dehors de la présence de la malade.

Or, cet interrogatoire confirme mes soupçons, et c'est de ce jour qu'éclate la probabilité d'un diagnostic que les résultats du traitement d'épreuve devaient confirmer.

Voici ce que mon enquête me révéla :

Le mari n'a jamais eu la syphilis; il n'en présente aucun stigmate.

Tous les parents de la malade sont robustes et bien portants; mais, alors que ses trois frères ont été nourris par la mère, elle a été confiée à une *nourrice*; cette circonstance est importante, car la malade ne présentant aucun stigmate d'hérédo-syphilis, il est possible qu'elle ait été contaminée dès le premier âge. En effet, il est impossible d'invoquer, chez elle, une autre origine; car,

à aucun moment, depuis qu'elle est revenue de nourrice, elle n'a été malade.

D'autre part, le mariage n'a eu lieu qu'après la guérison opératoire de l'ostéite sternale.

Les circonstances qui ont entouré le début de cette ostéite méritaient d'être précisées, elles aussi.

Or, voici que les renseignements que m'apporte cette enquête viennent donner plus de corps encore à mes soupçons. En effet, la lésion initiale consista en une tumeur rouge violacée, qui grossit peu à peu, sans s'accompagner d'aucune douleur. Un médecin, consulté à ce moment, diagnostiqua une manifestation spécifique et fit une injection de calomel. La malade en éprouva une telle douleur, que, bien malheureusement, elle ne voulut plus revoir ce médecin; elle consulta successivement plusieurs chirurgiens qui déclarèrent tous qu'il s'agissait, sans aucun doute, d'une ostéite tuberculeuse du sternum, qu'il fallait opérer. L'opération fut pratiquée, *avec succès*, par l'un d'eux. La cicatrisation ne se fit que lentement; six mois après, au pourtour de la cicatrice, apparut un bourrelet violacé, non douloureux, qui s'affaissa *spontanément* après quelques semaines. Mais, bientôt, apparaissait la bronchite qui ne devait plus cesser et qui conduisit la patiente, non plus chez les chirurgiens, mais chez les médecins. Tous, influencés par le récit précédent et confirmés dans leur idée première par les résultats de leur examen, conclurent à la tuberculose, bien que cinq analyses des crachats fussent successivement négatives. Je fis tout d'abord comme les confrères qui m'avaient précédé. Il fallut qu'un hasard vînt transformer en quasi-certitude les doutes qui commençaient à ébranler ma conviction du début. L'absence de bacilles de Koch dans les crachats, alors que la toux et l'expectoration devenaient

de plus en plus abondantes et qu'il y avait des signes physiques non douteux de caverne, m'avait fortement impressionné déjà. L'apparition de douleurs, ayant les caractères des douleurs ostéocopes, me troubla davantage. Enfin les résultats de mon enquête auprès du mari achevèrent de me décider. Je résolus de soumettre la malade au traitement d'épreuve. Ne pouvant, vu son éloignement de Paris, recourir aux injections mercurielles solubles, ne voulant lui donner le mercure par ingestion dans la crainte de réveiller les troubles gastriques, je prescrivis les frictions mercurielles (5 grammes d'onguent napolitain par jour, dont une friction tous les quatre jours sous la clavicule gauche, au niveau de l'excavation pulmonaire), tout en continuant le traitement général précédent.

Le 5 *octobre*, la malade a fait *trente frictions*; elle va beaucoup mieux; pour la première fois, elle a cessé de maigrir : même elle a augmenté de poids (1 livre), malgré des métrorragies abondantes; l'estomac reste très bon. La toux et l'expectoration persistent encore, mais un peu diminuées. L'examen des poumons permet de constater l'atténuation considérable des signes cavitaires qui existaient sous la clavicule gauche ; mais les signes de trachéobronchite persistent et le cornage fait craindre une sténose définitive de la bronche gauche. Devant ce résultat, le diagnostic devient certain et il est évident que le traitement spécifique doit être continué. Mais, la malade se refusant à faire de nouvelles frictions, je conseille l'élixir Déret à la dose de deux cuillerées à soupe par jour (soit deux centigrammes de biodure d'hydrargyre).

Le 25 *novembre*, changement extraordinaire d'aspect; facies coloré, teint frais. La voix, qui était rauque depuis un an, est redevenue claire et la malade a pu recommen-

cer à chanter ; ellle a augmenté à nouveau de 800 grammes. Et surtout *elle ne tousse plus du tout*; sauf le matin pour expectorer quelques gros crachats. Les signes stéthoscopiques sont de plus en plus atténués ; il n'y a plus trace d'excavation sous la clavicule gauche ; mais le cornage et les râles de trachéo-bronchite persistent encore, quoique notablement affaiblis.

En somme, la pneumopathie syphilitique à marche chronique est enrayée dans son évolution ; mais, en raison de la longue période (cinq ans) pendant laquelle elle a couvé, il est à craindre qu'elle laisse derrière elle un certain degré de sténose définitive, vestige d'un double processus de cicatrisation, l'un spontané, lent et exubérant, l'autre plus rapide, provoqué par le traitement. En tout cas, il importe de faire continuer le traitement spécifique pendant assez longtemps encore, car outre que la guérison de la caverne gommeuse doit être consolidée, il est permis d'espérer que les signes actuels de sténose peuvent encore, en partie tout au moins, être la conséquence de lésions scléro-gommeuses en activité de la trachée et des bronches influençables par le mercure.

Voici donc une observation bien instructive, car elle montre, à côté des difficultés du diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose, la nécessité d'une enquête approfondie, la valeur d'un symptôme en apparence insignifiant, telles les douleurs du type ostéocope, l'importance d'une confrontation générale de tous les éléments d'appréciation dont l'ensemble constituera quelquefois un faisceau de présomptions.

Ce sont les mêmes réflexions que suggère l'observation classique du Pr Fournier reproduite en ces termes dans l'article de Marfan, du *Traité de médecine* : « Une jeune femme entre à Lourcine pour *un ulcère phagédénique du*

pied, dont la nature syphilitique n'est pas douteuse. Elle a l'habitus extérieur d'une phtisique; elle tousse, elle erache; elle a des points de eôté, de la fièvre vespérale et des sueurs nocturnes, de l'anorexie; *au sommet gauche* on constate des signes eavitaires. Tout eet ensemble était si net que M. Fournier posa le diagnostie de tubereulose (et eela avee d'autant moins d'hésitation que le baeille de Koeh était eneore ineonnu). Néanmoins, il administra la médieation mercurielle et iodurée *pour traiter l'ulcère phagédénique du pied*. Alors, eette malade, dont on eût eseompté les jours à brève éehéanee, se prit soudainement à aller mieux; l'appétit et les forees revinrent et plusieurs mois après il fallut une auseultation minutieuse pour retrouver les traces de la lésion pulmonaire. »

Au Congrès de Vienne (1892), le Pr Gaueher a rapporté l'histoire d'une femme ehez laquelle des arthropathies des deux eoudes et des lésions pulmonaires des deux sommets furent guéries par le traitement spéeifique. Or, eette femme ne présentait aueune traee aneienne de syphilis aequise; mais elle avait fait quatre fausses coueshes à 7 et à 8 mois et un examen minutieux avait fait déeouvrir à la partie postérieure du bras « trois papules squameuses, cuivrées, disposées en demi-cerele et qui donnèrent l'impression d'une syphilide papulo-tubereuleuse cireinée. »

Barthélemy, dans sa eommunieation au Congrès de la tuberculose, eitée préeédemment, rapporte l'intéressante observation suivante : « Un homme de 58 ans était traité par Burlureaux et surveillé par Potain et G. Sée; il était eonsidéré eomme tuberculeux ne pouvant plus vivre longtemps. On ne savait pas encore trouver le baeille, mais des signes eliniques indiquaient que des lésions d'induration et de ramollissement, entourées de zones congestionnées et enflammées, occupaient manifestement une grndea

partie des poumons. La fièvre était continue, 38,5 le matin et 39°,5 le soir; de 140 livres le poids était tombé à 114. Pendant les vacances, le docteur Burlureaux me chargea de faire à sa place les injections d'huile créosotée; je les fis exactement; mais quand il revint, je lui dis que j'avais observé *sur les os et la peau des signes de syphilis.* Celle-ci, *étant totalement ignorée*, n'avait jamais été traitée; je la considérais comme datant d'une douzaine d'années environ, peut-être davantage. Je proposai de faire un traitement mercuriel énergique, ce qui fut admis. Au bout d'un mois, l'amélioration était considérable; il n'y avait plus de fièvre; au bout de trois mois les signes stéthoscopiques avaient disparu au fur et à mesure que l'état général se relevait. Au bout d'un an le malade avait repris ses forces, son teint et son poids de 140 livres. Depuis plus de quinze ans, la guérison ne s'est pas démentie. Le docteur Burlureaux a rappelé le cas dans son livre sur le traitement de la tuberculose; ce fait est en effet fort instructif pour tout le monde. Conclusion : il est bon, en clinique, d'avoir toujours l'esprit en éveil du côté de la syphilis. »

Lancereaux [1], entre autres observations, rapporte l'observation d'une malade qui présentait depuis deux mois des signes d'induration du sommet, avec dyspnée, toux rauque et expectoration constituée par un liquide clair, contenant des grumeaux jaunâtres. Cette femme avait eu, deux ans auparavant, une angine qui dura deux mois; elle avait eu autrefois deux enfants qui étaient morts de convulsions peu de temps après leur naissance. Lors de son entrée à l'hôpital on constatait *une destruction partielle du voile du palais et une cicatrice allongée et blan-*

[1] Lancereaux, *Traité de la syphilis*, 1866, p. 457 et suiv.

châtre au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Grâce à ces antécédents et à ces stigmates, Lancereaux admit la possibilité d'une pneumopathie syphilitique et prescrivit deux cuillerées de liqueur de Van Swieten par jour. Au bout d'un mois la malade quitta l'hôpital dans un état de guérison presque complète.

Lancereaux mentionne, en outre, une curieuse observation qui lui fut racontée en ces termes par Gubler : « Un homme assez robuste, depuis longtemps inquiété d'une maladie de poitrine qu'il ne pouvait guérir, partit pour Londres dans le but de s'y faire traiter. Ayant épuisé ses ressources, il revint plus malade qu'il n'était parti. Il entra à Beaujon dans mon service et je constatai l'existence de gros râles et d'une sorte de gargouillement vers les sommets des poumons. Pensant à des excavations tuberculeuses, je portai un pronostic grave ; les choses en étaient là quand j'aperçus *une syphilide*, qui, d'après le malade, était *de même date que l'affection pulmonaire.* Je saisis cette indication avec empressement, j'administrai l'iodure de potassium et je fus assez heureux pour voir disparaître tous les accidents avec une rapidité vraiment surprenante. Bientôt après le malade reprit son embonpoint. »

Ces quelques faits suffisent à montrer l'importance d'un examen méthodique et complet du malade.

Là, c'est un ulcère phagédénique du pied qui éveille l'attention ; ici, c'est une syphilide cutanée ou osseuse, une destruction partielle du voile du palais, qui font naître le soupçon ; il est vraisemblable que si leur existence et leur nature avaient été méconnues, la pneumopathie syphilitique aurait poursuivi son évolution et achevé son œuvre consomptive, comme elle le fit chez cette jeune femme dont je viens de rapporter l'histoire et chez la-

quelle la pneumopathie fut précédée d'une localisation présternale qui aurait dû permettre d'éviter l'erreur.

2° *Éléments de diagnostic tirés des signes locaux.* (*Siège des lésions pulmonaires. Température locale.*) — Dans la tuberculose pulmonaire, les lésions, le plus souvent tout au moins, débutent par les sommets, s'y localisent parfois exclusivement, y prédominent en tout cas sur les altérations plus récentes du reste du parenchyme, ainsi que l'a établi Louis. La syphilis pulmonaire, au contraire, est loin d'affecter une localisation constante; si elle avait une prédilection marquée, ce serait plutôt pour les parties moyennes du poumon, et particulièrement du poumon droit ; se basant sur une statistique de trente cas, Grandidier [1] a même affirmé « qu'en présence de signes cavitaires ou d'une infiltration limitée au lobe moyen du poumon droit, le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction, quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut ».

S'il en était ainsi, le diagnostic de la syphilis pulmonaire serait en réalité des plus simples ; car la tuberculose ne se localise que tout à fait exceptionnellement en dehors des sommets. Mais cette conclusion ne saurait être acceptée dans son absolutisme ; la syphilis, en effet, peut frapper toutes les parties du poumon, aussi bien le sommet, que la base et que les parties moyennes. C'est ce qui ressort notamment des observations réunies dans la thèse de Carlier (Paris 1882) et particulièrement de celles que j'ai résumées dans les pages précédentes.

Tout ce qu'on est en droit de dire, c'est que, en présence de signes cavitaires, siégeant en une autre région que le sommet, l'attention devra être éveillée; la tubercu-

(1) Grandidier, *Berl. klin. Woch.*, 1875.

lose paraîtra moins certaine, la syphilis pulmonaire, à laquelle on n'eût pas songé peut-être sans cette circonstance, pourra être soupçonnée. Un précieux élément de diagnostic peut être tiré, en un mot, du siège des lésions pulmonaires, mais cet élément n'a, à lui seul, qu'une valeur présomptive, qui demande à être confirmée.

Un signe de moindre importance peut être tiré de la recherche de la température locale : plus élevée au niveau des foyers tuberculeux, ainsi que l'ont montré Peter et Vidal (d'Hyères), elle resterait normale dans la phtisie syphilitique, d'après Güntz.

3° *Examen bactériologique des crachats.* — Ainsi que je l'ai dit dans un chapitre précédent, la constatation du bacille de Koch dans les crachats n'a pas une valeur diagnostique absolue ; car, si elle affirme l'existence de la tuberculose, elle n'exclut pas la possibilité d'une association syphilitique, soit que syphilis et tuberculose évoluent côte à côte, comme chez le malade de Gouguenheim, soit que la tuberculose se soit greffée secondairement sur une pneumopathie syphilitique. Or, en pareil cas, il est d'une importance considérable de faire la part de la syphilis dans la pathogénie des accidents, car, contrairement à l'opinion généralement admise, le traitement mercuriel peut exercer une action favorable sur cette hybridité pathologique, non seulement en cicatrisant le processus syphilitique, mais même en influençant heureusement la tuberculose greffée sur ce terrain syphilitique. C'est pourquoi le diagnostic de la syphilis pulmonaire ne saurait être étroitement lié aux résultats de l'examen bactériologique des crachats.

4° *Enquête sur le passé et l'hérédité du malade. — Résultats du traitement d'épreuve.* — Les mêmes réserves s'imposent dans l'appréciation des éléments de diagnostic

fournis par une enquête, si rigoureuse soit-elle, sur le passé du malade.

S'il s'agit d'un sujet ayant présenté déjà des accidents imputables à la tuberculose et chez lequel aucun stigmate syphilitique ne peut être relevé, il est évident que le diagnostic de la nature de la pneumopathie s'imposera et que le doute ne se présentera pas à l'esprit.

Si le malade est syphilitique, alors même qu'avant la contamination vénérienne il aurait été atteint de manifestations indubitablement tuberculeuses, l'hésitation non seulement sera permise, mais même sera nécessaire, car la pneumopathie actuelle peut fort bien dépendre de la syphilis et non de la tuberculose.

Si, enfin, l'enquête permet d'affirmer l'existence de la syphilis dans le passé du sujet et l'absence de toute tare tuberculeuse antérieure, le doute devra subsister encore, car, d'une part, la syphilis pulmonaire est relativement exceptionnelle si on la compare à l'extrême fréquence de la tuberculose, car, d'autre part, la syphilis crée une prédisposition toute spéciale à la tuberculose.

Quoi qu'il en soit, et je ne crains pas de le répéter encore, ces hésitations ont une portée beaucoup plus théorique que pratique, car, au cas d'association de la syphilis et de la tuberculose, la notion du terrain syphilitique domine le problème thérapeutique.

Si l'enquête, rigoureusement poursuivie, sur le passé personnel du malade, ne fournit au diagnostic que l'appoint de probabilités incertaines, l'enquête sur ses antécédents héréditaires n'est guère plus fertile. Sans doute, elle pourra permettre de reconnaître, grâce à des stigmates somatiques et à des commémoratifs non douteux, la tare syphilitique ; mais cette découverte n'autorisera nullement à affirmer d'emblée la nature syphilitique de la

pneumopathie en cours d'évolution, car l'hérédo-syphilis offre un terrain d'élection pour la tuberculisation. Il n'est pas sans intérêt cependant de savoir que la syphilis héréditaire peut frapper le poumon soit d'une façon très précoce, soit très tardivement ; je consacrerai un chapitre spécial au diagnostic de la syphilis et de la tuberculose chez le nouveau-né ; pour le moment, je n'ai en vue que la syphilis héréditaire à type de lésions tertiaires ; et je dis que celle-ci peut être observée dès le premier âge, sous forme de gommes, souvent prises pour des cavernes, de même qu'elle peut n'apparaître au contraire que chez des sujets ayant dépassé la trentaine, ainsi qu'en témoigne au moins une belle observation de Lancereaux, reproduite d'ailleurs par Fournier dans son traité de la syphilis héréditaire tardive. Eh bien ! dans ces cas comme dans le cas de syphilis acquise, la nature syphilitique de la pneumopathie, si elle ne peut être affirmée, peut, du moins, être soupçonnée. Et cela suffit, car, de ce soupçon, naîtra l'indication d'un traitement d'épreuve dont le résultat entraînera du même coup la guérison du malade et la certitude rétrospective du diagnostic.

C'est ainsi que put guérir la petite malade dont Gaucher et Dubousquet-Laborderie [1] ont rapporté l'intéressante observation, que le professeur Fournier présente comme type dans son *Traité de la syphilis héréditaire tardive* : « Une petite fille de huit ans et demi était traitée, depuis un certain temps, pour une « phtisie pulmonaire », lorsque le docteur Dubousquet est appelé à lui donner ses soins. Il trouve l'enfant dans l'état le plus propre à confirmer ce diagnostic : habitus et facies de la consomption ; émaciation, faiblesse, inappétence ; toux continuelle ; tempéra-

[1] *Revue de médecine*, 1884.

ture à 39 degrés, pouls à 140, etc. ; d'autre part, matité au sommet droit en avant et en arrière, avec souffle caverneux et gargouillement dans la fosse sus-épineuse ; gros râles sous-crépitants disséminés dans toute la poitrine, etc. Mais voici que, quelques jours plus tard, apparaît *une tumeur sur la région moyenne du sternum*. Cette tumeur se développe rapidement et atteint le volume d'une petite orange. On l'ouvre, et il en sort, non pas du pus véritable, mais un liquide puriforme, gélatineux et filant.... Serait-ce une gomme?... On examine l'enfant au point de vue de l'hérédité syphilitique, et on lui trouve toutes les dents piquetées ou encochées à leur bord libre ou parcourues par des sillons transverses. Rien autre, du reste, soit comme antécédents, soit comme stigmates de syphilis. Pas traces de syphilis sur la mère ; quant au père, il reste invisible pour l'instant.

Néanmoins, sur ces données, le docteur Dubousquet incline au diagnostic d'hérédo-syphilis comme cause probable et de la tumeur sternale et de l'affection pulmonaire. Confirmé dans son appréciation par l'avis conforme du docteur Gaucher, il prescrit le traitement spécifique, à savoir : d'abord, sirop de Gibert pendant quelques jours, puis frictions mercurielles et iodure de potassium.

Les résultats de ce traitement ne se font pas longtemps attendre. Bientôt l'ulcération gommeuse se répare et se cicatrise. La fièvre vespérale disparaît; les forces se rétablissent; les signes d'auscultation se modifient. Au bout d'un mois, on ne trouve plus au sommet droit qu'un peu de respiration soufflante. Bref, au bout de deux mois, *guérison complète*.

Or, il s'agissait bien d'une syphilis pulmonaire *héréditaire*, car, quelques jours après le début du traitement, le père de l'enfant se décida enfin à entrer en scène. Il vint

consulter pour son compte le docteur Dubousquet pour un onyxis et une périostose tibiale. En 1871, c'est-à-dire trois ans avant la naissance de l'enfant, il avait contracté un chancre syphilitique. Soumis également au traitement spécifique, il vit guérir en quelques jours son onyxis et sa périostose ».

Voici donc un cas de syphilis pulmonaire héréditaire, dont le diagnostic put être fait grâce à l'apparition d'une gomme sternale. J'ajouterai que, dix ans après, en 1894, alors que j'étais l'interne de M. Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine, la malade vint le consulter pour un vague malaise; c'était alors une belle jeune fille, très bien portante, et nous pûmes constater que la cicatrisation de la pneumopathie demeurait parfaite.

Le docteur Latty [1] a publié une très curieuse observation de pneumopathie syphilitique survenue chez une enfant de huit ans, manifestement hérédo-syphilitique, ainsi que ses frères et sœurs. Ce cas offre deux particularités remarquables; d'une part, l'évacuation des gommes pulmonaires s'accompagna d'un processus de gangrène (fétidité de l'haleine et des crachats); d'autre part, elle fut suivie d'une atrophie considérable de la moitié gauche du thorax.

Terrien [2] a présenté, l'an dernier, à la Société de Pédiatrie, un enfant envoyé à l'hôpital pour une affection du pharynx avec adénopathie et des râles sous-crépitants dans la poitrine. Le diagnostic de tuberculose fut porté d'après les caractères mêmes de la lésion du pharynx. Cependant, un aspect particulier des dents, rappelant le

[1] LATTY, *Pneumopathie syphilitique congénitale, ayant déterminé une asymétrie atrophique du thorax.* Paris, 1886. (Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

[2] TERRIEN, *Soc. de pédiatrie*, 20 juin 1905.

type d'Hutchinson, et une kératite interstitielle firent penser à la syphilis. On interrogea les parents, et on apprit que le père avait été traité pour un chancre, et la mère soumise au traitement mercuriel. Sous l'influence du traitement spécifique, les ganglions diminuèrent, les ulcérations du pharynx s'amendèrent, la toux se supprima, ainsi que les crachats.

Zuber [1] a apporté, l'année dernière, à la même Société, une observation très intéressante de syphilis pulmonaire chez une enfant de treize ans. Admise à l'hôpital pour des accidents pleuro-pulmonaires simulant la tuberculose, cette enfant présentait plusieurs gommes ulcérées sur les jambes. Elle succomba brusquement, quelques jours après son entrée, dans un accès de dyspnée, au moment où le diagnostic de syphilis, tardivement fait, allait permettre d'instituer le traitement spécifique. A l'autopsie, on constata l'existence de lésions syphilitiques étendues du poumon et de la plèvre, du rein et de la rate. « En l'absence des stigmates de l'hérédo-syphilis et de tous renseignements sur les antécédents personnels ou héréditaires de l'enfant, dit Zuber, le *diagnostic fut basé uniquement sur le caractère des gommes cutanées* et l'absence du bacille de Koch à leur niveau et dans l'expectoration. Quant au diagnostic entre la syphilis acquise ou l'hérédo-syphilis tardive, toujours délicat lorsqu'on est en présence d'accidents tertiaires chez de grands enfants, il est impossible à poser pour notre malade. D'ailleurs, la fréquence relative de l'hérédité ou de la contamination en bas âge, dans l'étiologie de ces accidents tertiaires de la deuxième enfance, n'est pas établie, et les cas de syphilis acquise

(1) Zuber, Syphilis pulmonaire chez une fillette de 13 ans. *Société de pédiatrie*, mars 1905.

sont assez nombreux dans la première enfance pour que ce point de diagnostic doive rester souvent en suspens. »

« A vrai dire, ainsi que le fait remarquer le professeur Fournier, nous ne disposons encorc quc d'un très petit nombre d'observations auxquelles serait applicable l'étiquette de *phtisie hérédo-syphilitique*....

« Mais j'imagine qu'en réalité ces manifcstations sont moins rares qu'elles ne le paraissent, et cela pour lcs deux raisons que voici : d'abord, parce qu'elles sont souvent assez limitées, assez circonscrites cn tant que lésions, pour passcr inaperçues ; en second lieu, parce qu'ellcs risquent fort d'être méconnues commc nature et quc, maintes fois sans doutc, elles ont dû être rapportées indûment à la tuberculose. »

Je nc saurais terminer ce chapitre sans transcrire intégralement cettc belle page du professeur Fournier, où se trouvent condensées en quelques phrases lcs idées que je me suis efforcé de développer sur la nécessité, en face d'une pneumopathie, de rechercher toujours la syphilis ct de ne pas oublier qu'une enquête approfondie a parfois réussi à la dépister, alors qu'elle se cachait.

« Étant donnée, dit le Pr Fournier, sur un cnfant ou un adolescent, voire sur un adulte, une affcction pulmonaire qui se présente avec les symptômes généraux et locaux de la phtisie pulmonaire, il y a toujours lieu dc songer à la syphilis comme origine possible de cette affection ; dans ces conditions, la plus élémentaire prudence impose au médecin le devoir d'instituer une enquête sur les antécédents et d'y rechercher, non pas seulement la syphilis banale, la syphilis acquise, mais ce à quoi on ne songe

guère ou l'on n'a guère songé jusqu'à ce jour, à savoir : la *syphilis héréditaire.*

« Voyez, en effet, ce qui a lieu dans la plupart des observations de phtisie syphilitique qui sont relatées dans la science. Comment a-t-on été conduit à soupçonner et à découvrir la syphilis comme cause de phtisies jusqu'alors réputées tuberculeuses ? Presque invariablement par le fait d'un hasard, par un incident fortuit, par l'invasion inattendue et tout éventuelle d'un symptôme patent de syphilis, tel qu'exostose, gomme, etc.

« Sans ce *hasard*, — je répète le mot et j'insiste à dessein — l'affection pulmonaire eût continué comme devant à passer pour tuberculeuse, et vous savez le résultat d'une erreur de ce genre.

« Eh bien, il ne convient pas que le diagnostic d'une affection aussi capitale que la phtisie syphilitique soit laissé à la merci d'un hasard, d'un incident.

« C'est un *devoir* médical pour nous d'aller au devant de ce hasard ou, en d'autres termes, de dépister la syphilis avant l'entrée en scène et sans le concours éventuel d'une manifestation incidente. Et comment satisfaire à ce devoir? Tout simplement en nous imposant l'obligation, dans tous les cas où nous avons à instituer le diagnostic d'une affection pulmonaire, d'ouvrir une enquête, et une enquête complète, suffisante, sur les antécédents du malade en vue d'une syphilis d'ordre quelconque, voire d'une syphilis héréditaire à longue portée.

« A coup sûr, cette enquête n'aura pas de résultats utiles dans la grande majorité des cas, étant donnée l'énorme supériorité de fréquence de la phtisie tuberculeuse par rapport à la phtisie syphilitique. Mais tenez pour certain qu'à un jour donné, le jour où peut-être vous vous y attendrez le moins, elle aboutira à redresser une erreur

diagnostique, à convertir en une phtisie spécifique une phtisie jusqu'alors imputée à la tuberculose, c'est-à-dire, au total, à sauver la vie de votre malade. »

d. — ***Médiastin.***

Je ne saurais terminer cette étude sur le diagnostic différentiel des localisations de la syphilis et de la tuberculose sur l'appareil respiratoire, sans rappeler que ces deux maladies sont susceptibles, l'une et l'autre, de réaliser le syndrome propre à toutes les causes de compression des organes du médiastin.

Déjà, dans les pages précédentes (p. 42), j'ai mentionné l'histoire d'un homme qui, trachéotomisé dès son entrée à l'hôpital, mourut sans être soulagé, dans les angoisses de l'asphyxie progressive, et chez lequel l'autopsie révéla, en outre de lésions tertiaires en évolution de la trachée et des bronches, la présence d'une médiastinite calleuse généralisée contribuant à provoquer la sténose respiratoire.

Sans entrer ici dans le détail de tous les symptômes qui peuvent se grouper en proportions variables pour réaliser les différentes formes du syndrome médiastinal, je crois utile de mettre en relief, à côté des signes de compression de la trachée ou des bronches, l'importance diagnostique des signes d'oblitération de la veine cave supérieure.

Pour être rare, cette oblitération n'est pourtant pas exceptionnelle ; Oulmont [1] en a défini les principales causes et les symptômes et en a montré l'extrême gravité ; mais il ne soupçonnait guère le rôle étiologique de la syphilis ; or, un certain nombre de faits publiés depuis, et notam-

[1] OULMONT, *Soc. méd. d'observations*, t. III, 1856, p. 463.

ment les observations récentes de Comby et de Barth [1], montrent que cette oblitération peut être la conséquence de véritables syphilomes diffus du médiastin, accessibles au traitement spécifique, et que, par là même, le pronostic n'est pas aussi constamment fatal que le pensait Oulmont et que l'enseignèrent, depuis, tous les classiques.

Voici donc une cause d'oblitération de la veine cave supérieure qui n'était guère soupçonnée et que de récentes observations ont permis de mettre en lumière.

D'autre part, j'ai, de mon côté [2], attiré l'attention sur le rôle de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse avec médiastinite chronique dans la pathogénie de cette redoutable affection, à propos d'une observation des plus démonstratives. Un homme, qui disait n'avoir jamais eu la syphilis et n'en présentait d'ailleurs aucun stigmate, mourut à 54 ans, après avoir offert durant les derniers mois de sa vie tous les signes d'une oblitération de la veine cave supérieure à l'exclusion de tout autre symptôme de compression médiastinale. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un rétrécissement de calibre allant presque jusqu'à l'oblitération complète et consécutif à une médiastinite chronique avec adénopathie trachéo-bronchique considérable, liées l'une et l'autre à une tuberculose fibro-cavitaire ancienne du lobe inférieur du poumon droit. La veine cave dut être littéralement sculptée dans la gangue fibro-caséeuse qui l'entourait de toutes parts. La nature tuberculeuse des lésions était incontestable; elle est prouvée par les résultats de l'examen histologique et par la poussée granulique qui termina les accidents.

Or, si on songe d'une part que « la syphilis est assez

(1) Comby, Barth, *Soc. méd. des hôp.*, 9 février 1906.
(2) É. Sergent et Combier, *Soc. méd. des hôp.*, 10 février 1906.

coutumière de ces localisations médiastinales sclérosantes », exceptionnelles au contraire chez les tuberculeux, qui ne connaissent guère que l'adénopathie trachéo-bronchique, ainsi que le fit observer M. Letulle, — si on remarque, d'autre part, que le principal foyer cavitaire siégeait dans le lobe inférieur du poumon droit, c'est-à-dire en une région anormale pour la phtisie tuberculeuse mais de prédilection pour les pneumopathies syphilitiques, — on reconnaîtra l'intérêt nosographique qui s'attache à cette observation.

Il n'en doit pas moins demeurer établi, au point de vue pratique, que la constatation du syndrome médiastinal, voire simplement des signes d'une oblitération de la veine cave supérieure, doit, en dehors des cas particuliers où la cause est nettement apparente, éveiller le soupçon du médecin et imposer la nécessité du traitement d'épreuve.

A cet égard les observations de Comby et de Barth sont des plus instructives.

Le malade de M. Comby, présentait en 1892, lorsqu'il fut présenté pour la première fois à la Société médicale des hôpitaux, tous les signes d'une oblitération de la veine cave supérieure. Comme il était syphilitique, il fut soumis au traitement mercuriel et ioduré; rapidement tous les symptômes graves qu'il présentait s'amendèrent, du fait de l'établissement d'une circulation veineuse collatérale très marquée et suffisante pour ramener le sang au cœur droit. Or le malade devint ultérieurement tabétique et paralytique général et mourut à l'asile de Vaucluse, après avoir survécu quinze ans aux premiers symptômes de l'oblitération vasculaire. A l'autopsie, MM. Vigouroux et Collet constatèrent, en dehors des lésions classiques de la paralysie générale et du tabes, une oblitération complète de la veine cave supérieure, étouffée elle-même et

réduite à l'état d'un petit cordon fibreux, du fait du développement autour d'elle d'un tissu scléreux très abondant. Il s'agissait là vraisemblablement d'une médiastinite scléreuse d'origine syphilitique.

Il est intéressant de remarquer la longue survie du malade, qui ne succomba nullement d'ailleurs à l'oblitération de la veine cave supérieure, mais bien à la paralysie générale.

A ce titre cette observation montre l'importance du traitement spécifique en pareil cas.

Il en est de même dans l'observation de M. Barth. « Il s'agit d'une femme de 25 à 28 ans qui me fut adressée par le D[r] Dufour (de Plaisance) pour des symptômes faisant soupçonner une tumeur du médiastin (toux quinteuse, cornage, respiration humée au niveau de la grosse bronche droite, cyanose du visage et des membres supérieurs, etc.). Je diagnostiquai une adénopathie trachéo-bronchique probablement tuberculeuse, avec compression de la bronche droite et de la veine cave supérieure, et j'instituai un traitement par les injections de cacodylate de soude et le sirop d'iodure de fer.

« Ce traitement était suivi depuis deux mois sans grand résultat, quand la malade me fit voir une *arthropathie du genou*, dont les caractères très particuliers me firent songer tout de suite *à la syphilis*. En effet, un traitement mixte en amena la guérison rapide, mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est qu'il provoqua aussi la rétrocession graduelle des signes de compression de la bronche droite et de congestion du poumon correspondant ; le cornage et la toux quinteuse disparurent; quant à la cyanose du visage, elle s'atténua seulement à mesure que se développait sur la poitrine une circulation collatérale énorme, indice de l'oblitération graduelle de la veine cave supérieure.

« La malade quitta l'hôpital en bonne santé; elle est revenue me voir plusieurs fois depuis : la circulation collatérale persiste toujours aussi intense; il n'y a aucun trouble fonctionnel, mais la tête et les membres supérieurs se cyanosent au moindre effort.

« Il me paraît évident que cette femme a été atteinte d'une gomme ou, pour mieux dire, d'un syphilome du médiastin qui a rétréci, puis oblitéré la veine cave supérieure, assez lentement pour permettre à la circulation collatérale de s'établir. »

Il est intéressant de constater que dans cette observation, comme dans la plupart des cas d'ailleurs, où la syphilis viscérale est en jeu, son existence et son rôle pathogénique ne furent reconnus qu'à la faveur d'une circonstance fortuite. Sans l'arthropathie du genou qui, par ses caractères particuliers, attira l'attention, le syphilome médiastinal, pris pour une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, aurait continué son évolution et vraisemblablement entraîné la mort.

De ces faits je veux à nouveau tirer cette conclusion pratique, à savoir que le médecin ne doit ignorer, si j'ose dire, aucun des masques sous lesquels se dissimule la syphilis. Et c'est pourquoi je ne crains pas d'insister sur des localisations aussi rares et même exceptionnelles que le syphilome médiastinal et l'oblitération de la veine cave supérieure. Si le médecin sait que la syphilis peut revêtir les allures d'une tumeur du médiastin, s'il sait que les symptômes du syphilome diffus médiastinal ne diffèrent en rien de ceux de l'adénopathie tuberculeuse, il n'hésitera pas, *même en l'absence de toute probabilité apparente*, à instituer le traitement d'épreuve; il n'aura jamais à le regretter et pourra peut-être s'en réjouir.

B. — Autres localisations viscérales.

Ainsi que je l'ai dit, la syphilis et la tuberculose peuvent, chacune pour son compte, frapper tous les viscères. Mais, si leurs localisations sur l'appareil respiratoire s'accompagnent de manifestations morbides à tel point comparables qu'il est, dans la grande majorité des cas, impossible de porter un diagnostic définitif avant le résultat du traitement d'épreuve, il est loin d'en être de même pour leurs autres localisations viscérales. Ou bien celles-ci n'ont pas d'histoire clinique ou bien leurs symptômes respectifs sont tellement différents qu'aucune confusion ne peut s'établir entre elles. Je n'y insisterai donc pas. Je me bornerai à signaler quelques circonstances qui se rencontrent parfois dans la pratique.

La *néphrite* secondaire de la syphilis, par exemple, ne présente aucune analogie clinique avec les accidents de la tuberculose rénale ; — les gommes syphilitiques du rein ne sont guère que des trouvailles d'autopsie. Cependant, si on tient compte de l'existence, reconnue actuellement par tous les auteurs, de néphrites d'origine toxinique survenant chez les tuberculeux, si, d'autre part, on se souvient que la dégénérescence amyloïde du rein avec polyurie, albuminurie abondante, œdèmes, est l'apanage des syphilitiques et des tuberculeux, on conçoit que, dans certaines circonstances particulières, le médecin ait le devoir de discuter la véritable origine de l'albuminurie, des œdèmes, ou des symptômes de néphrite qu'il constate. Tel est le cas lorsque le malade, entaché de tuberculose plus ou moins ancienne, a contracté récemment la syphilis et vu survenir, plus ou moins tôt après

l'éruption roséolique, une albuminurie accompagnée d'œdème. S'agit-il d'un tuberculeux chez lequel la syphilisation intercurrente a favorisé l'apparition de désordres rénaux imputables à la tuberculose, ou bien ce tuberculeux n'est-il pour le moment qu'un syphilitique atteint de néphrite secondaire ? — Point n'est besoin d'insister sur la portée pratique de cette discussion. Nous savons, en effet, que la néphrite secondaire de la syphilis est, au plus haut point, justiciable du traitement mercuriel, que la guérison est à ce prix. Mais nous savons aussi que l'hydrargyrie, avec ses conséquences les plus redoutables, ne tardera pas à éclater, si la fonction d'élimination rénale est insuffisante. Nous savons encore que, si le mercure exerce une action favorable sur le parenchyme d'un rein syphilitique, il ne peut être que gravement nocif aux épithéliums déjà altérés d'un rein plus ou moins chroniquement enflammé ou dégénéré. — C'est pourquoi, avant de recourir, dans le doute, au traitement d'épreuve, le médecin devra tout d'abord s'assurer qu'aucun signe de certitude ne l'autorise à y renoncer. Il devra, notamment, faire la recherche du bacille de Koch dans les urines ; au cas de résultat positif, il s'abstiendra d'administrer le traitement mercuriel ; dans le cas contraire, s'il hésite entre *la tuberculose rénale*, *la néphrite tuberculeuse*, *la néphrite syphilitique*, voire même *la dégénérescence amyloïde*, si souvent d'ailleurs associée à l'une et à l'autre, il commencera le traitement d'épreuve par des doses moyennes, progressivement croissantes, en surveillant attentivement l'élimination du mercure par le rein à l'aide de la pile de Smithson.

Je viens de dire que la dégénérescence amyloïde s'associait souvent aux lésions rénales de la tuberculose ou de la syphilis. Or, si la localisation rénale de la dégénéres-

cence amyloïde est incontestablement la plus fréquente et la plus banale, il n'en est pas moins vrai qu'elle n'est bien souvent qu'une partie d'un tout qui constitue la *maladie amyloïde*. Celle-ci, abstraction faite des cas où elle survient à la suite de cachexies, et de suppurations banales, est si souvent l'aboutissant de la syphilis et de la tuberculose qu'elle ne saurait être passée complètement sous silence dans cette étude. On peut en observer des types complets et classiques dans les salles où sont hospitalisés des malades atteints de suppurations osseuses chroniques. Amaigris en même temps que bouffis, d'une pâleur cireuse, blafarde, aux reflets légèrement verdâtres, ayant en un mot le facies et le teint communément désignés par le vulgaire sous l'épithète de « malsains », ces individus sont souvent atteints d'un développement exagéré de l'abdomen, contrastant avec la maigreur de leurs membres, et déterminé par l'augmentation de volume parfois considérable de leur foie et de leur rate ; leurs urines sont très abondantes et chargées d'une quantité considérable d'albumine, atteignant souvent 10 à 12 grammes et même davantage ; ils ont une diarrhée profuse et s'éteignent peu à peu dans la consomption et le marasme.

Cette cachexie amyloïde, arrivée à ce degré, est à peu près fatalement incurable, bien que des améliorations et même des guérisons aient été obtenues par Murri à la faveur de l'iodure de potassium. Or, à ne considérer que le type particulier que je cherche à isoler ici, à savoir la maladie amyloïde consécutive aux suppurations osseuses prolongées de la tuberculose et de la syphilis, j'estime que cette cachexie pourrait souvent être évitée, si la maladie était reconnue dès son origine et surtout rapportée à sa véritable cause.

J'ai vu, pour ma part, deux malades qui, considérés

comme inopérables en raison de la multiplicité des foyers d'ostéite qu'ils présentaient et qui étaient regardés comme étant de nature tuberculeuse, auraient guéri, j'en ai la conviction, si cette erreur de diagnostic avait été redressée avant que la cachexie amyloïde fût définitive. J'en veux pour preuve que, soumis tous deux au traitement mercuriel et ioduré (2 centigrammes de benzoate Hg et 4 grammes d'iodure de potassium par jour), ils virent leurs suppurations osseuses se tarir, leurs trajets fistuleux se combler. L'un était porteur d'une tumeur blanche syphilitique du genou droit datant de deux ans, d'une ostéite sternale remontant à la même époque et de trajets fistuleux multiples aboutissant au sacrum; il possédait en même temps un testicule volumineux et dur, dont les caractères particuliers me mirent sur la voie de la syphilis; — l'autre malade avait une ostéite du tibia remontant à six années, laquelle avait été grattée et ruginée deux fois, sans le moindre succès; il avait été amputé du premier métatarsien et du gros orteil quatre ans auparavant et, à la suite de cette intervention, avait vu se développer un empâtement du tarse qui, bientôt après, devint le siège de trois trajets fistuleux; il portait en outre des écrouelles cervicales, au milieu desquelles on constatait des cicatrisations spontanées, régulières, lisses, qui me firent songer à la syphilis.

Chez ces deux malades, ainsi que je l'ai dit, le traitement spécifique fut suivi rapidement d'une amélioration considérable des lésions osseuses; malheureusement la cachexie amyloïde était trop avancée quand le traitement intervint; et j'ai su, depuis, qu'ils avaient succombé dans le marasme, six mois environ après cette intervention.

Ainsi apparaît encore ici cette obligation pour le médecin de songer à la syphilis et même, dans le cas où il peut y avoir doute entre l'origine syphilitique ou tubercu-

leuse des accidents dont il est le témoin, de tenter le traitement d'épreuve.

C'est en vertu de ce principe — que je voudrais voir élevé à la hauteur d'un axiome — que je crois bon d'attirer l'attention des praticiens sur les analogies cliniques qui rapprochent certaines formes de syphilis et de tuberculose *hépatiques*. Abstraction faite ici des manifestations hépato-spléniques de l'hérédo-syphilis *chez le nouveau-né*, qui sont comparativement beaucoup plus fréquentes que celles de la tuberculose, et sur lesquelles je reviendrai dans un chapitre spécial, je ne saurais omettre de rappeler que, *dans la première enfance*, la syphilis hépatique, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou héréditaire, ne devra pas être confondue avec la *cirrhose hypertrophique graisseuse, d'origine tuberculeuse*, bien étudiée et décrite par Hutinel; ici, le diagnostic se basera, d'une part sur la constatation de signes de tuberculose pulmonaire, d'autre part sur l'enquête relative à l'hérédité syphilitique ou tuberculeuse, sur la recherche des stigmates de la syphilis héréditaire ou même acquise.

J'en dirai autant du diagnostic de la syphilis hépatique *chez l'adulte* avec les diverses formes de cirrhoses tuberculeuses, cardio-tuberculeuses et alcoolo-tuberculeuses.

Sans doute, si la palpation permet de reconnaître l'état bridé, ficelé du foie, une présomption s'établira en faveur de la syphilis; mais il ne faut pas oublier que Hanot a décrit le *foie ficelé tuberculeux* et il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que ce caractère n'est pas, à lui seul, pathognomonique et que, en somme, aucun signe clinique n'apporte ici une certitude. Ce n'est pas dans la séméiologie hépatique qu'il faut chercher les éléments du diagnostic, c'est dans l'interrogatoire complet du malade, dans la recher-

che de tel ou tel stigmate, dans la constatation fortuite de tel ou tel accident concomitant. Or, si avancée que paraisse l'évolution de la cirrhose, si certains que soient les signes d'insuffisance hépatique, le traitement spécifique peut encore exercer une action favorable, et même permettre d'espérer la guérison, ainsi que Hérard l'a montré, en 1864, à la Société médicale des hôpitaux, et que l'ont confirmé dans la suite plusieurs observateurs.

La pathologie des *capsules surrénales*, grâce aux travaux de ces dernières années, s'est enrichie, au point de vue clinique, d'un certain nombre de symptômes nouveaux, dont les groupements variés réalisent quelques types généraux de syndromes. Je ne saurais insister ici sur des considérations que j'ai, pour ma part, contribué à mettre en relief dans une série de publications antérieures, et notamment dans une monographie sur l'*Insuffisance surrénale* (1), écrite en collaboration avec Léon Bernard. Je veux simplement montrer que si le plus anciennement connu et le plus classique des syndromes surrénaux, à savoir la *maladie d'Addison*, est, dans la grande majorité des cas, provoqué par une tuberculose des glandes surrénales, il n'en est cependant pas toujours ainsi; d'autres lésions, et notamment des lésions de nature syphilitique, peuvent se réaliser. Gaucher (2) a rapporté une observation de mélanodermie généralisée avec lésion des capsules surrénales chez un syphilitique. D'autres observateurs ont rencontré le syndrome addisonien complet chez des enfants ou des adultes syphilitiques (Monti, Boinet (3), etc...). Ces observations, et nombre d'autres,

(1) Émile Sergent et Léon Bernard, *L'Insuffisance surrénale*. Masson, éditeur.
(2) Gaucher. *Soc. clin. de Paris*, 1879.
(3) Boinet, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1904.

dans lesquelles la lésion ne fut qu'une surprise d'autopsie, ont permis de reconnaître l'existence incontestable de la syphilis surrénale. Aussi bien ne peut-on refuser de considérer comme probantes les observations dans lesquelles le diagnostic est basé, non plus sur les résultats de l'autopsie, mais bien au contraire sur la guérison par le traitement spécifique, tel le cas de Chipérovitch, tel un cas de Béclère (communication orale).

Ces faits doivent être connus du médecin, car ils comportent un enseignement pratique du plus haut intérêt. Tout d'abord, tout syndrome surrénal, addisonien ou non, survenant chez un syphilitique, est justiciable du traitement d'épreuve, car ce syndrome peut être la conséquence d'une lésion spécifique, secondaire ou tertiaire, des surrénales; la même conduite s'impose si le malade est en même temps tuberculeux; elle peut être discutée si la syphilis ne paraît pas en jeu *a priori*, quoique, en réalité, il puisse y avoir intérêt, en pareil cas, à tenter l'épreuve. Mais il convient, dans tous les cas, et surtout dans cette dernière circonstance, d'agir avec la plus grande prudence et de ne pas prolonger l'épreuve outre mesure, car il ne faut pas oublier que l'insuffisance surrénale comporte la diminution de la fonction antitoxique et que l'administration prolongée du mercure, si la lésion capsulaire n'est pas de nature syphilitique, pourrait précipiter la marche des accidents qu'elle vise à combattre, d'autant que ce métal est très nocif pour les surrénales.

Je ne saurais terminer ces courtes réflexions sans accorder une mention spéciale à la très intéressante observation publiée récemment par MM. Jacquet et Sézary [1]. « Notre malade est un homme de soixante-six ans, qui a

[1] Jacquet et Sézary, Surrénalite syphilitique de l'adulte. Présence du tréponème pâle. *Soc. méd. des hôp.*, 23 mars 1906.

succombé en pleine période secondaire. Entré dans le service quatre mois auparavant pour un chancre avec syphilide papuleuse des bourses, il présenta bientôt une éruption généralisée. En même temps survenaient une asthénie grave qui le cloua au lit, de violentes douleurs des lombes et des membres inférieurs, de l'anorexie et des pigmentations cutanées. Le traitement spécifique en eut raison et il sortit amélioré ; peu après il rentrait avec une récidive de syphilides scrotales et de douleurs aux membres inférieurs ; quelques jours plus tard il mourait d'apoplexie, due à une hémorragie cérébrale. » Or, l'autopsie, en outre d'une hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, révéla des lésions seulement dans les poumons et les surrénales. Le poumon droit présentait au sommet des lésions tuberculeuses en voie de transformation calcaire et scléreuse. Les capsules surrénales étaient volumineuses, dures, et l'examen microscopique, en outre d'une sclérose accentuée, y révéla la présence du tréponème de Schaudinn....

Cette observation est remarquable, parce qu'elle contient la première constatation du tréponème dans les capsules surrénales de l'adulte (on sait que chez le fœtus et le nouveau-né syphilitique le tréponème, répandu dans tous les viscères, abonde surtout dans les surrénales) ; aucun doute ne peut subsister, par conséquent, sur la part prise par la syphilis dans les accidents d'insuffisance surrénale que présenta le malade, et qui s'amendèrent sous l'influence du traitement spécifique.

Toutefois il est permis de supposer que ces accidents ne sont pas uniquement imputables à la syphilis. En effet, on conçoit difficilement que de grosses lésions scléreuses des surrénales puissent appartenir en propre à la période secondaire de la syphilis. Il est plus rationnel d'admettre

que la tuberculose dont était entaché le sujet avait provoqué au préalable une localisation capsulaire ayant abouti à cette sclérose et que la syphilisation intercurrente n'a fait que rendre évidente une insuffisance surrénale jusque-là latente, en greffant sur des lésions chroniques préexistantes des altérations aiguës. Cette critique est d'ailleurs en parfait accord avec les réflexions des auteurs, qui écrivent : « L'infection des surrénales par le micro-organisme de la syphilis avait d'ailleurs peut-être été préparée et facilitée par une légère atteinte antérieure d'origine tuberculeuse, car notre malade, dont le poumon droit était lésé, présentait, d'ancienne date, quelques pigmentations anormales. »

Quoi qu'il en soit, cette observation nous intéresse particulièrement parce qu'elle montre que chez un tuberculeux syphilitique, même antérieurement atteint d'un syndrome addisonien fruste, l'éclosion de signes plus ou moins accentués d'insuffisance surrénale, coïncidant avec une syphilis récente, peut être la conséquence de lésions syphilitiques aiguës des surrénales se surajoutant à la tuberculose caséeuse ou fibreuse et susceptibles de disparaître sous l'influence du traitement spécifique. Il ne faudra donc pas se hâter, en pareil cas, de conclure à la tuberculose capsulaire, sous le prétexte que le malade est tuberculeux. Il faudra se souvenir que, même à la période secondaire, la syphilis peut frapper les surrénales, ce qui n'était pas démontré jusqu'alors.

J'ai cité, il y a un instant, en mentionnant la maladie amyloïde, l'observation d'un individu chez lequel je pus soupçonner l'origine syphilitique des lésions osseuses dont il était atteint, depuis deux ans, — et qui étaient considérées comme étant de nature tuberculeuse, — grâce à la constatation des caractères particuliers que présentait

l'un de ses *testicules*. Je pourrais rappeler à nouveau l'histoire d'un malade (voir page 26), qui portait sur la joue gauche une lésion prise depuis longtemps pour un lupus érythémato-tuberculeux, lésion qui guérit par le traitement spécifique, dont je trouvai l'indication dans l'existence d'une leucoplasie buccale et d'une tuméfaction du testicule ayant tous les caractères du sarcocèle syphilitique.

Ces exemples, et bien d'autres épars dans les traités classiques, suffisent à montrer combien il peut être important pour le médecin de savoir distinguer le testicule syphilitique du testicule tuberculeux. Ce n'est pas que le diagnostic comporte toujours la guérison de la lésion testiculaire; car celle-ci, souvent ancienne, atrophique ou cicatricielle, peut fort bien ne plus être accessible au traitement; mais, du moins, ce diagnostic peut-il entraîner indirectement les plus précieuses conséquences en rattachant à leur véritable origine des manifestations plus récentes ou concomitantes d'autres localisations viscérales; bien plus, si le sujet est à la fois syphilitique et tuberculeux, il n'est pas sans intérêt de savoir si l'orchite dont il est atteint est d'origine syphilitique ou tuberculeuse.

Quels sont donc les caractères qui permettent de distinguer le testicule tuberculeux du sarcocèle syphilitique? Dans la syphilis, l'évolution est lente et insidieuse, et ne s'accompagne d'un peu de gêne ou de douleur que si la tuméfaction devient volumineuse; le scrotum ne présente aucune altération; parfois un très léger épanchement existe dans la vaginale; le testicule est tuméfié, mais il conserve toujours sa forme plus ou moins ovoïde, ou bien s'aplatit, sur les côtés « en forme de galet »; la glande est indurée, ligneuse; cette induration est générale ou plus souvent partielle, c'est-à-dire se faisant par îlots, par placards, au niveau desquels l'albuginée paraît comme

« blindée » par une coque cartilagineuse d'une dureté sèche, compacte, chondroïde, qui ne se laisse pas déprimer sous le doigt ; le plus souvent le doigt perçoit des irrégularités et des inégalités de surface qui donnent la sensation de têtes d'épingles, de grains de plomb enchâssés dans l'albuginée (Fournier); le canal déférent, les vésicules séminales et la prostate sont indemnes ([1]). Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'organe s'atrophie, se sclérose et se rétracte au point de ne plus figurer dans les bourses que sous la forme d'un petit corps dur, ayant le volume et la consistance d'un haricot (*haricocèle* de Ricord). Les deux testicules se prennent souvent l'un après l'autre à quelques mois d'intervalle.

Dans la tuberculose, le début est, en général, moins insidieux, parce que le plus souvent il s'accompagne de phénomènes inflammatoires un peu douloureux ; dans la grande majorité des cas les bourses sont distendues par une hydrocèle; la palpation permet de constater que le testicule est coiffé à sa partie postérieure par une masse dure, irrégulière, bosselée, renflée à ses extrémités et représentant l'épididyme.

Le canal déférent présente des bosselures ou une indu-

([1]) Dans *La Médication martiale* de décembre 1904, j'ai trouvé une observation, due au Dr Divaris, de syphilis de la prostate simulant la tuberculose; la glande était augmentée de volume, sans noyaux, sans cavernes; le traitement anti-tuberculeux n'ayant donné aucun résultat, des injections de biiodure de mercure furent tentées, bien que le malade niât tout antécédent syphilitique. Un mois plus tard la guérison était complète.

Un auteur russe, Drobny, a publié une observation analogue (*Med. Obozr.*, LXV, 7) analysée dans la *Semaine medicale* du 22 août 1906. Il s'agit d'une gomme de la prostate, soupçonnée en raison du passé nettement syphilitique du sujet; des injections mercurielles solubles furent instituées et la guérison fut obtenue sans autre traitement.

Les faits de ce genre ne doivent pas nous laisser indifférents; ils montrent que l'existence d'une tuméfaction de la prostate, pour si rare qu'elle soit dans la syphilis et si fréquente dans la tuberculose, ne saurait, en cas de doute, servir à trancher l'hésitation du diagnostic entre une orchite syphilitique et une épididymite tuberculeuse.

ration ligneuse totale ; le toucher rectal, dans bon nombre de cas, permet de constater la coexistence de lésions tuberculeuses de la prostate ou des vésicules séminales.

En somme, on peut, en schématisant, dire que la syphilis du testicule est une *orchite*, tandis que la tuberculose du testicule est un *épididymite*. Dans une clinique récente, Legueu (1) a insisté sur l'importance de cette distinction et l'a précisée plus étroitement encore en affirmant que « cette tuberculose épididymaire s'observe en clinique avec une localisation caudale, prédominante, primordiale, essentielle.... Une seule fois, sur des centaines de malades, je trouvai nettement localisé à l'extrémité antérieure de l'épididyme un noyau indéniable, chez un malade suspecté de tuberculose. Le reste de l'épididyme, le déférent, les vésicules séminales étaient indemnes, et ce fait eût été capital si les lésions avaient été vraiment tuberculeuses. Mais en présence d'une pareille localisation j'affirmai qu'il ne pouvait être question de tuberculose. Je ne m'étais pas trompé ; ce malade était un syphilitique, comme l'ont prouvé des accidents consécutifs et le résultat du traitement ; c'était à l'épididymite de Dron et Fournier que nous avions eu affaire, forme rare, mais parfois observée, au cours de la période secondaire de la syphilis ».

J'ai, à dessein, reproduit ce passage de cette intéressante clinique parce qu'il montre précisément la seule circonstance dans laquelle le diagnostic peut être réellement difficile. Il importe de connaître cette *épididymite syphilitique isolée*, longtemps contestée et aujourd'hui admise par tout le monde depuis les travaux de Dron, Fournier, Balme. Contrairement à l'orchite syphilitique,

(1) Legueu, De la tuberculose génito-urinaire. *Presse méd.*, 20 juin 1906.

au sarcocèle proprement dit, qui appartient au tertiarisme et n'apparaît guère que quelques années après le chancre, cette épididymite est une manifestation secondaire et survient dans les premiers mois de l'infection ; exceptionnellement, cependant, elle a été signalée pendant la période tertiaire. Elle est souvent méconnue, parce qu'elle se manifeste uniquement par un noyau du volume d'un pois ou d'une noisette siégeant dans la tête de l'épididyme et ne provoquant aucune douleur. Dans les cas rares où elle envahit tout l'épididyme, elle s'accompagne de vaginalite avec épanchement et ne se distingue en aucune façon de l'épididymite tuberculeuse.

A côté de cette forme rare, il convient de rappeler la *forme gommeuse*, aboutissant à l'ulcération scrotale et au fongus du testicule avec fistule plus ou moins durable. Cette forme doit être distinguée de l'épididymite tuberculeuse arrivée au stade d'ulcérations et de fistules. En outre des caractères distinctifs sur lesquels je viens d'insister, il convient de se souvenir que les gommes syphilitiques s'ouvrent toujours en avant du testicule, à la partie antérieure du scrotum, tandis que les fistules tuberculeuses siègent dans la grande majorité des cas à la partie postéro-inférieure, au niveau de la queue de l'épididyme.

En résumé, trois circonstances peuvent se présenter, dans lesquelles les caractères de l'affection testiculaire devront faire songer à la syphilis : ou bien il s'agit d'une *orchite* syphilitique en évolution qu'on ne confondra pas avec l'*épididymite* tuberculeuse, — ou bien le syphilome est parvenu au stade d'atrophie scléreuse et la constatation du *haricocèle de Ricord* sera un stigmate évident de syphilis, — ou bien il s'agit d'un *fongus syphilitique* qu'il faudra distinguer d'un *fongus tuberculeux*.

J'ai cru nécessaire d'insister sur cette localisation spéciale, car l'exploration des testicules, qui peut être pratiquée avec la plus grande facilité, ne doit jamais être négligée, notamment lorsqu'il s'agit de rechercher les éléments d'un diagnostic entre la syphilis et la tuberculose.

J'ajouterai que cette exploration est de toute première importance pour le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive, dont « l'atrophie testiculaire avec déformation et dureté scléreuse de la glande » (Fournier) constitue un signe de haute valeur, qu'il faut rapprocher *du défaut de développement des testicules*, le plus souvent associé à d'autres signes d'*infantilisme* ; dans le premier cas, il s'agit d'un sarcocèle syphilitique qui a abouti, tout comme dans la syphilis acquise, à l'atrophie scléreuse ; dans le second cas, il n'est question que d'un défaut ou d'un arrêt de développement.

Pour terminer ce rapide aperçu sur le diagnostic des principales manifestations viscérales de la syphilis et de la tuberculose, il ne me reste plus qu'à envisager quelques particularités relatives à leurs localisations sur le *système nerveux* et *les organes des sens*.

Pour ce qui est du *système nerveux*, je ne saurais entreprendre un exposé didactique de toutes les circonstances qui peuvent se présenter. Je me bornerai à montrer qu'ici, comme pour toutes les autres localisations viscérales, le médecin devra se souvenir que, alors même que toutes les probabilités plaident en faveur de la tuberculose, la cause des accidents peut cependant être de nature syphilitique, et inversement. N'est-ce pas précisément en raison de cette considération que l'usage s'est établi d'administrer le calomel et les frictions à l'onguent napolitain aux enfants atteints de *méningite* et même aux adultes ? Et cette

pratique est heureuse et sage, car bien souvent, ainsi que l'écrit le professeur Fournier, « le diagnostic différentiel entre la syphilis cérébrale et la méningite tuberculeuse est non pas difficile, mais *impossible* », comme le montre une observation qu'il rapporte et qui doit trouver sa place ici (1).

« Il s'agissait d'une fillette de quatre ans, née d'un père syphilitique et d'une mère qui, sans être tuberculeuse de fait, présentait le facies et l'allure de la tuberculose. Bien portante jusqu'alors, cette enfant, nous disait-on, était tombée malade depuis quelques semaines, et malade d'une façon vague, mal définie, singulière. Elle s'était alanguie, affaissée, et surtout absolument modifiée comme caractère et comme humeur. Habituellement vive, gaie, rieuse, elle était devenue maussade, ennuyée, apathique, triste, irritable. Elle ne jouait plus, même avec ses poupées que d'ordinaire elle habillait et déshabillait du matin au soir. Ne voulant rester ni levée ni couchée, elle passait toutes ses journées, à demi somnolente, dans les bras de son ancienne nourrice. Elle avait perdu l'appétit et beaucoup maigri. Ces derniers temps, elle s'était plainte de la tête et avait paru en souffrir vivement. Enfin, depuis quelques jours, elle s'était prise à loucher d'une façon constante, et l'une de ses paupières s'était légèrement abaissée.... C'est à propos de ces derniers symptômes que, justement effrayée, la famille avait provoqué la consultation à laquelle mes deux collègues et moi nous nous trouvions conviés.

« Un tel ensemble dénotait clairement une affection cérébrale. Mais de quoi s'agissait-il? Etait-ce une méningite tuberculeuse qui débutait de la sorte? Etait-ce une syphilis cérébrale qui entrait en scène? Après mûr exa-

(1) Fournier, *Syphilis héréditaire tardive*, p. 510.

men, il nous fut impossible de décider la question. Les dix jours suivants, les choses restèrent en l'état, sans modification sensible et, pendant tout ce temps, la même incertitude ne cessa de planer sur le diagnostic, jusqu'à ce qu'enfin l'invasion de nouveaux symptômes vînt donner la solution du problème. C'était bien malheureusement une tuberculose méningée qui se trouvait en cause, comme le démontra l'évolution ultérieure de la maladie. »

Toutefois, le plus souvent, le diagnostic pourra être fait grâce à un examen attentif qui permettra de constater l'absence de certains symptômes constants dans la méningite tuberculeuse et exceptionnels dans la syphilis cérébrale, tels la fièvre, la fièvre dissociée, les oscillations du pouls, le cri hydrencéphalique, l'habitus hostile en chien de fusil, l'amaigrissement rapide....

Je ne crois pas que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien puisse rendre, dans la pratique courante, de bien réels services. En effet, la formule leucocytaire, qu'il s'agisse de syphilis ou de tuberculose, sera sensiblement la même, soit que la lymphocytose soit pure, si le liquide est limpide, soit qu'elle s'accompagne de polynucléose, ainsi que quelques auteurs l'ont signalé, notamment Widal, Lemierre et Boidin [1], à propos d'observations de « liquides céphalo-rachidiens puriformes au cours de la syphilis des centres nerveux ».

J'en dirai autant de l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien. Jusqu'ici, le tréponème n'a jamais pu y être constaté ; quant au bacille de Koch, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a pu en déceler la présence [2].

Une importance bien plus grande doit être accordée à la recherche des stigmates de la syphilis héréditaire ou

(1) Widal, Lemierre et Boidin, *Soc. méd. des hôp.*, 22 juin 1906.
(2) Paul Claisse, *Soc. méd. des hôp.*, 1906.

acquise et aux résultats de l'enquête poursuivie dans ce sens. C'est, en effet, dans les signes associés, concomitants ou antérieurs, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la syphilis cérébrale à type aigu et méningé, car celle-ci ne présente aucun symptôme qui lui appartienne en propre, car les symptômes par lesquels elle se traduit révèlent uniquement leur origine cérébrale, mais nullement leur nature.

Et cette réflexion s'applique plus étroitement encore aux cas dans lesquels la maladie évolue, non plus sur le type de la méningite, mais avec les allures d'une *tumeur cérébrale*. S'agit-il d'un syphilome, d'une gomme ou d'un tubercule? Aucun symptôme d'ordre cérébral ne permettra le diagnostic. C'est le même tableau clinique, la même allure générale ; ce sont les mêmes signes de localisation topographique. Seules, l'analyse des antécédents, la recherche des stigmates concomitants ou passés apporteront un élément de présomption, sinon de certitude.

Sans vouloir passer en revue les différents types de lésions par lesquelles la syphilis et la tuberculose peuvent atteindre la *moelle*, je rappellerai qu'elles sont l'une et l'autre capables, par des processus différents, de réaliser soit le syndrome de la méningo-myélite, soit le syndrome de la myélite transverse. On pourrait presque décrire un véritable *mal de Pott syphilitique*, en se basant sur quelques cas de carie syphilitique des vertèbres accompagnée de pachyméningite (Leyden, Jurgens, Darier). Fournier en a rapporté quelques observations curieuses chez des hérédo-syphilitiques. En pareil cas, c'est le syndrome de compression de la moelle avec paralysie des quatre membres ou paraplégie (suivant le siège de la lésion), avec paralysie des sphincters, escarres, etc.

Le diagnostic avec le *mal de Pott tuberculeux* peut être d'autant plus difficile que la déformation vertébrale prête à la confusion et que l'état de cachexie plus ou moins avancée du sujet peut en imposer pour la consomption tuberculeuse. Ici encore, ce n'est pas sur les caractères des symptômes rachidiens et médullaires que le médecin pourra baser son diagnostic, car ces symptômes sont analogues dans l'une et l'autre maladie, c'est sur l'enquête, sur la recherche de stigmates syphilitiques ou tuberculeux concomitants ou antérieurs.

La *méningo-myélite syphilitique* peut, d'autre part, être simulée de tous points par la tuberculose, dans certaines circonstances évidemment rares, mais dont il m'a été donné d'observer un exemple caractéristique, alors que j'étais l'interne du regretté Gingcot. Cette observation n'a jamais été publiée; elle est un type complet de ce que d'autres observateurs ont décrit depuis sous le nom de *méningo-myélite tuberculeuse*. Une femme de vingt-neuf ans entre à l'hôpital Saint-Antoine le 22 décembre 1892. Quatre ans auparavant, elle aurait eu une éruption généralisée de taches rosées, *prurigineuses* il est vrai, qu'elle attribua à l'ingestion de poisson. Cette éruption dura *quelques jours* et s'accompagna de mal de gorge, de céphalées violentes, de chute des cheveux. Depuis trois mois, elle ressent dans le dos des douleurs qu'elle localise entre les deux épaules. Ces douleurs, sourdes et intermittentes au début, la gênaient peu et lui permettaient de travailler. Mais elles sont devenues plus intenses de jour en jour, et depuis trois semaines, tout travail est impossible. En outre, il est survenu une certaine faiblesse dans les membres inférieurs et de la difficulté de la marche. La station debout est douloureuse. La malade a dû s'aliter; elle est couchée depuis quinze jours.

Quand elle arrive dans le service, elle marche difficilement en s'appuyant sur une autre personne. Elle se plaint surtout de douleurs dans le dos, et l'exploration permet de reconnaître que la colonne vertébrale est douloureuse dans toute son étendue.

Du côté des membres inférieurs, on note une exagération notable des réflexes rotuliens et une légère hyperesthésie. Rien du côté des membres supérieurs. Pas d'inégalité pupillaire.

Un peu d'albumine.

Rien à l'auscultation des poumons ni du cœur.

La température est de 39°,4.

Traitement. — Pointes de feu le long du rachis. Frictions mercurielles, iodure de potassium.

Le 25 décembre, délire et début de contractures dans les membres supérieurs.

Le 26, le délire persiste, ainsi que la contracture des membres supérieurs; raideur généralisée; — le soir, la température atteint 40 degrés, et la malade entre dans le coma; elle meurt le lendemain matin.

Certes, le diagnostic, au moment de l'entrée, ne paraissait guère douteux, chez cette femme, vraisemblablement syphilitique et présentant tous les symptômes classiques de la méningo-myélite. Seule, la fièvre pouvait faire exprimer un doute. Or, cette femme mourut avec des symptômes de méningite aiguë généralisée. L'autopsie révéla l'existence de granulations tuberculeuses sur les méninges craniennes et d'une méningite tuberculeuse rachidienne en plaques; étagées le long de la moelle, se voyaient trois grosses masses caséeuses nodulaires, faisant corps avec les méninges, entourées d'un exsudat épais et de granulations jeunes, et s'enfonçant profondément dans la moelle, complètement détruite à leur niveau.

L'examen bactériologique révéla l'existence de nombreux bacilles de Koch dans ces masses caséeuses, et l'examen microscopique acheva de démontrer la nature tuberculeuse de cette méningo-myélite.

L'origine de cette tuberculose méningée spinale doit vraisemblablement être cherchée dans l'existence d'un petit foyer tuberculeux, en partie calcifié, siégeant dans le sommet du poumon droit.

A côté de cette observation, je veux placer un autre fait dont j'ai également été témoin et qui représente encore un type étiologique rare de *paraplégie*. Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, alcoolique, tuberculeux et syphilitique, qui, au cours de symptômes de méningite, présenta une paraplégie flasque consécutive à des convulsions des deux membres inférieurs. L'autopsie, en outre d'une granulie généralisée aux viscères et aux méninges, montra une grosse plaque de méningite, formant tumeur, à cheval sur le bord supérieur des deux hémisphères et enclavée en quelque sorte sur chacun des deux lobules paracentraux.

Sans doute, ces deux faits représentent des cas exceptionnels; mais il m'a paru qu'ils ne pouvaient mieux trouver place que dans cette étude.

Quant aux manifestations de la parasyphilis sur le système nerveux, je ne pense pas qu'elles trouvent leurs homologues dans la tuberculose. Tout au moins le tabes ne peut-il laisser la moindre hésitation. Peut-être un doute léger pourra-t-il subsister en face du syndrome de la *paralysie générale*. En effet, Klippel [1] a montré, par des observations anatomo-cliniques probantes, que ce syndrome peut être réalisé par l'auto-intoxication tuber-

[1] KLIPPEL, Paralysie générale tuberculeuse (syndrome paralytique par encéphalite tuberculeuse). *Revue neurologique*, 15 avril 1905

culeuse, dont il avait déjà marqué l'action dans les amyotrophies, les névrites et les délires des tuberculeux.

Que dirai-je des *névrites*, si ce n'est que la tuberculose et la syphilis, à des titres différents, sont susceptibles de les engendrer? Tous les médecins connaissent la valeur séméiologique de certaines *sciatiques* et savent que certains *zonas* sont symptomatiques d'affections nerveuses centrales, dont la nature syphilitique assez fréquente ne doit pas être méconnue. Je n'insisterai pas longtemps sur ces données qui risqueraient de m'entraîner au delà des limites que je me suis imposées ; je me bornerai à citer une localisation que j'ai souvent observée pendant la période secondaire de la syphilis; je veux parler d'une névralgie unilatérale ou bilatérale du *grand nerf sous-occipital*, extrêmement douloureuse, avec ses irradiations et points d'élection caractéristiques; cette névralgie s'accompagne d'une raideur de la nuque telle que le sujet paraît ankylosé; cette raideur résulte d'une contracture des muscles de la région, comparable à celle qu'on observe au voisinage des arthrites rhumatismales; elle est la conséquence de l'impossibilité où se trouve le sujet de mobiliser sa tête sur sa colonne vertébrale; il m'a paru que cette névralgie était étroitement liée à une sorte de rhumatisme syphilitique de la colonne vertébrale; cette constatation n'est pas sans importance, car elle permet d'éviter la confusion avec un *mal de Pott sous-occipital*.

Pour ce qui est des *organes des sens*, je ne ferai que rappeler la valeur de la *surdité profonde*, comme signe d'hérédo-syphilis tardive, surdité survenant sans lésion apparente, chez des adolescents ou des jeunes gens, progressant rapidement et résistant à toute thérapeutique, même au traitement spécifique le plus intensif; — l'im-

portance du caractère *indolore* de certaines *otites suppurées moyennes de l'enfance*, toujours en tant que stigmate d'hérédo-syphilis; — enfin la tendance de ces otorrhées à passer à l'état chronique, si elles ne sont pas convenablement traitées, et les analogies qu'elles présentent alors avec la *carie du rocher d'origine tuberculeuse*. A ce propos, je ne saurais négliger d'insister sur les redoutables conséquences que peut entraîner une telle erreur de diagnostic; ici c'est la paralysie faciale définitive, là c'est la thrombose du sinus, ailleurs la méningite par propagation infectieuse, tous accidents qui eussent pu être évités si l'origine syphilitique de l'otorrhée avait été reconnue et si le traitement avait été administré en temps opportun.

Je ne crois pas nécessaire d'insister davantage *sur les lésions oculaires*. Je me borne à mentionner l'importance de quelques-unes d'entre elles, en tant que stigmates de syphilis héréditaire, notamment la *kératite interstitielle diffuse*, l'*iritis* et la *chorio-rétinite*. D'ailleurs, ces lésions appartiennent également à la syphilis acquise. Il est exceptionnel qu'elles puissent être confondues avec des lésions analogues de nature tuberculeuse. Toutefois, la *kératite* interstitielle diffuse n'appartient pas en propre à la syphilis; elle peut être d'origine *scrofuleuse* et c'est là, précisément, un nouvel exemple de *la difficulté qu'on éprouve à séparer nosographiquement et cliniquement la scrofule et l'hérédo-syphilis*. — Quant à l'*iritis tuberculeuse*, elle est fort rare et, dans l'iris, les tubercules présentent de telles analogies d'aspect avec les gommes syphilitiques que ces deux néoplasies ont été longtemps englobées dans une même description sous le nom de granulomes. — Enfin, l'examen du fond de l'œil, ainsi que l'a montré Guéneau de Mussy, permettra quelquefois de reconnaître l'existence de granulations tuberculeuses, dans le voisi-

nage de la papille, mais cette *choroïdite tuberculeuse*, étant donné surtout les conditions étiologiques qui président à son apparition, ne saurait être confondue avec la chorio-rétinite syphilitique.

2° LOCALISATIONS NON VISCÉRALES

A. — Os et articulations.

« Les auteurs disent que l'on peut soupçonner la nature scrofuleuse de l'ostéite d'après les caractères qui suivent : l'âge du sujet, le tempérament lymphatique, la coexistence d'une autre affection scrofuleuse, comme la tumeur blanche ou le lupus, la multiplicité de la lésion. Mais ce ne sont là que des signes subjectifs et qui ne suffisent pas pour caractériser la nature d'une affection ; il faut encore des signes objectifs. Pour les trouver, nous allons comparer l'ostéite scrofuleuse avec les autres espèces d'ostéite.

« La terminaison rapide de l'ostéite par suppuration, la prompte formation des ulcères fistuleux, les qualités particulières du produit éliminé par les fistules, produit qui est un pus séreux ou sanieux, abondant, contenant parfois des fragments de tubercules, de petits séquestres dont les aréoles agrandies sont remplies de graisse ou de pus concret, l'absence ordinaire de douleurs ostéocopes,... tels sont les principaux caractères de l'*ostéite scrofuleuse*.

« L'*ostéite syphilitique* est précédée et souvent accompagnée d'exostoses et de douleurs ostéocopes, de périostoses qui, terminées par suppuration, donnent lieu à des abcès gommeux. Le pus a des caractères qui lui sont propres et diffère du pus scrofuleux.

« La véritable *nécrose* n'est point pour nous une affection

scrofuleuse, mais une lésion traumatique ou bien une lésion de nature syphilitique.

« Je sais que l'on observe souvent la nécrose spontanée sur de jeunes sujets et beaucoup sont admis dans nos salles comme atteints de scrofule osseuse; mais, dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas chez eux d'antécédents scrofuleux, et, chez un grand nombre, j'ai pu me convaincre, par des renseignements exacts, que les parents avaient été atteints de syphilis. *La nécrose, dans ces cas, n'est qu'une syphilis héréditaire, et très probablement ce sont des faits de cette nature qui auront fait croire à la transformation de la syphilis en scrofule par voie d'hérédité.* » (Bazin.) [1]

Si j'ai tenu, en commençant l'étude du diagnostic différentiel des manifestations locales de la syphilis et de la tuberculose, à citer cette page d'un observateur illustre entre tous, c'est bien parce qu'elle définit les limites précises de ce nouveau chapitre, où va apparaître la scrofule; c'est aussi parce qu'elle précise, par sa dernière phrase, que j'ai soulignée à dessein, les termes d'une discussion de doctrine dont les échos subsistent encore; c'est également en manière d'hommage rendu à la mémoire d'un maître qui, pour la première fois, opposa à la scrofule la syphilis héréditaire. « Malheureusement, ainsi que le fait remarquer Fournier, il ne fit qu'énoncer incidemment cette idée au cours de son enseignement, si bien qu'elle passa presque inaperçue. »

Je ne veux pas aborder ici cette intéressante question des rapports de la scrofule et de la syphilis héréditaire; je la discuterai longuement dans la seconde partie de cet ouvrage.

(1) BAZIN, *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*. 2e édition, p. 395, 396.

Je veux simplement, avant d'entrer dans le détail des faits et des localisations, faire remarquer que la syphilis, dans certaines conditions, peut réaliser, par des manifestations isolées ou multiples, les allures des tuberculoses locales et de la scrofule; qu'en pareil cas, le diagnostic différentiel peut être des plus délicats, et cela, d'autant mieux que ces allures spéciales sont souvent le résultat d'une association des deux maladies sur le même sujet, d'une sorte de métissage, d'hybridité, que Ricord décorait du nom de *scrofulate de vérole*.

Ce sont ces localisations à allure de scrofule ou « scrofulates » qui vont, maintenant, nous arrêter. Il est bien évident que, pas plus que je ne l'ai fait dans les chapitres précédents, à propos des manifestations viscérales, je n'entreprendrai une description pathologique complète des syphiloses et des tuberculoses locales. Je renvoie le lecteur aux articles et aux monographies spéciales. Je n'ai qu'un but, je l'ai déjà dit, montrer qu'entre la tuberculose ou la scrofule d'une part, et la syphilis d'autre part, le diagnostic différentiel peut être quelquefois presque impossible; qu'en conséquence, le médecin doit toujours songer à la possibilité d'une syphilis méconnue et donner à son malade le bénéfice d'un essai thérapeutique qui ne peut que lui être utile et ne saurait lui nuire. C'est ce que je m'appliquerai à démontrer par une série d'exemples.

a. — *Os.*

Voyons tout d'abord les *localisations osseuses*.

Les éléments principaux du diagnostic différentiel entre l'ostéite tuberculeuse et l'ostéite syphilitique, sont admirablement exposés dans le parallèle qu'a tracé le profes-

seur Fournier, à propos des manifestations osseuses de la syphilis héréditaire tardive ; les voici rapidement résumés sous forme de tableau synoptique :

OSTÉITE SYPHILITIQUE	OSTÉITE TUBERCULEUSE
Se porte surtout sur la *diaphyse* des os longs et particulièrement sur les os superficiels (*tibia*, clavicule, frontal, *sternum*, bord interne du cubitus).	Affecte surtout les *os courts* et les *épiphyses des os longs*, d'une façon générale le tissu spongieux (vertèbres).
Le traumatisme les provoque volontiers, ce qui explique leur fréquence sur les os superficiels.	Tout en étant favorisées par le traumatisme, elles sont bien plus souvent spontanées.
Exception faite pour la *syphilis héréditaire*, elles sont plus fréquentes chez les *adultes*.	Beaucoup plus fréquentes dans l'*enfance* et dans l'*adolescence*.
S'accompagnent de *douleurs* intenses (*ostéocopes*), parfois très vives et dont un caractère précieux est l'*exacerbation nocturne*.	Sont peu douloureuses ou même presque *indolentes*.
Forment de véritables *tumeurs* par *hypertrophie massive et déformante de l'os* (exostose et hyperostose) à développement *rapide*. Les formes inflammatoires et pyogéniques sont beaucoup plus rares (*ostéo-périostites gommeuses suppuratives et nécrosiques*). En pareil cas, elles aboutissent, non à la carie, mais à la *nécrose*, ce qui explique la possibilité des *fractures spontanées*.	Se caractérisent par une *tuméfaction inflammatoire*, à évolution *lente*, ayant une tendance toute particulière à la *suppuration*. Se terminent par la *dégénérescence fongueuse* des parties molles avoisinantes, avec *trajets fistuleux*; aboutissent à la *carie*.
Elles ne s'accompagnent presque jamais de complications graves susceptibles de retentir sur l'état général et de menacer la vie par épuisement ou cachexie progressive.	Elles retentissent le plus souvent, et plus ou moins rapidement, sur l'*état général*, constituant par là même une *menace de mort*.
Elles sont rapidement influencées et guéries par le *traitement spécifique*.	Elles résistent au *traitement spécifique*, ou du moins ne sont influencées par ce traitement que d'une manière incomplète et inconstante,

A ces caractères différentiels il convient d'ajouter l'ensemble des éléments généraux de diagnostic sur lesquels

j'ai déjà longuement insisté et qui sont représentés surtout par les résultats d'une enquête minutieuse tendant à rechercher les tares syphilitiques ou scrofuleuses du sujet. A cet égard, il est indispensable de faire remarquer que les ostéites syphilitiques, tout en appartenant plus particulièrement à la période tertiaire, se rencontrent également pendant la période secondaire, parfois même d'une façon très précoce : telles notamment les exostoses, et certaines périostites aiguës. Cette remarque n'est pas sans importance car il pourrait être dangereux de nier l'origine syphilitique d'une ostéite survenant chez un sujet entaché de tuberculose et présentant des signes de syphilisation récente, sous le prétexte que la syphilis ne crée guère d'ostéite qu'à la période tertiaire. Nous verrons combien sont fréquentes et tenaces, en pareil cas, les localisations osseuses, articulaires, ganglionnaires de la syphilis, lorsque nous étudierons les conséquences de son association avec la tuberculose et la scrofule.

Il est bien évident, d'autre part, que le diagnostic différentiel entre les ostéites de la syphilis et de la tuberculose ne présenterait aucune difficulté réelle si les caractères distinctifs de chacune étaient, dans tous les cas, aussi nettement schématiques qu'ils l'apparaissent dans le parallèle précédent. Ici, comme toujours, la clinique, tout en s'appuyant sur la pathologie, ne saurait être confondue avec elle ; bien souvent, l'absence d'un signe important et constant, la prépondérance d'un symptôme au contraire rare et de second plan, effacent les différences et atténuent les nuances, accentuent les ressemblances et confondent les types. Ainsi prend naissance l'erreur de diagnostic.

Je rappellerai ici l'observation de pneumopathie syphilitique que j'ai publiée dans le *Journal des Praticiens* et

reproduite au chapitre du diagnostic de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire; une gomme sternale fut prise pour une ostéite tuberculeuse et opérée; et cette erreur faillit coûter la vie à la malade, en entraînant la même erreur d'interprétation relativement à la nature des lésions pulmonaires qui apparurent ultérieurement.

Dans une de ses cliniques, le professeur Gaucher[1] a présenté une femme qui pouvait être considérée comme un exemple remarquable de la difficulté qu'on peut éprouver à distinguer une ostéite syphilitique tardive d'une ostéite tuberculeuse. Cette femme, âgée de soixante ans, présentait, en effet, une lésion du pied offrant absolument l'aspect d'une tuberculose osseuse non suppurée; or, il s'agissait, non d'une lésion tuberculeuse, mais bien d'une lésion provenant d'une syphilis fort ancienne puisqu'elle datait de l'âge de vingt-trois ans. Cette syphilis, bien traitée dès le début, ne s'était manifestée que par une grossesse terminée par l'accouchement d'un enfant mort; plus tard cette malade eut un ulcère de jambe guéri par le traitement spécifique; puis, dix ans après, elle fut prise d'une diplopie qui céda aussi à un traitement spécifique. Enfin, quarante ans après son début, cette syphilis, qui s'est éveillée deux fois dans cette longue période, s'est manifestée par une *lésion périostique et osseuse qui ressemble à s'y méprendre à la tuberculose et qui, si l'on n'avait pas la notion certaine des antécédents, serait assurément l'occasion d'une erreur de diagnostic*. Le traitement a agi, encore cette fois, comme il avait déjà fait, et les lésions sont en voie d'amélioration.

Le même auteur a publié (*Soc. de dermatol.*, mai 1897) un exemple analogue de *dactylite osseuse syphilitique*, chez

[1] *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 déc. 1904.

un hérédo-syphilitique; et plus récemment (*Soc. de dermatol.*, mai 1905), l'observation d'un cas des plus instructifs de *spina ventosa*, intéressant plusieurs doigts, avec nombreuses fistules suppurantes, considéré pendant cinq ans comme de nature tuberculeuse et guéri complètement ou plutôt cicatrisé en deux mois par le traitement mercuriel; il s'agissait d'une lésion hérédo-syphilitique simulant le *spina ventosa* tuberculeux.

Réunissant ces observations à toute une série d'autres faits identiques, le professeur Gaucher a étudié depuis, dans un intéressant mémoire, les *ostéites suppurées* et les *ostéo-arthrites de l'hérédo-syphilis tertiaire* (1). Il montre que « l'ostéo-périostite de la syphilis héréditaire tertiaire n'est pas toujours hypertrophiante et hyperostosante; elle est parfois, — peut-être moins rarement qu'on ne le croit — *suppurative*.... C'est sur les os longs, particulièrement sur le tibia, comme toutes les ostéites syphilitiques, que siègent principalement ces lésions suppurées. Leurs symptômes réactionnels et objectifs sont à peu près les mêmes que ceux de toutes les ostéo-périostites, avec quelques particularités inhérentes à leur nature. L'affection débute par des *douleurs* localisées, lancinantes, *à prédominance nocturne*, accompagnées de *tuméfaction de l'os*. Au bout d'un certain temps, la peau rougit et la tuméfaction ostéo-périostique, d'abord dure, se ramollit. On a alors sous les yeux une tumeur fluctuante qui s'ouvre et donne issue à du pus. L'ouverture de la collection purulente reste fistuleuse, à cause de la nécrose osseuse sous-jacente; cette nécrose est toujours, d'ailleurs, très limitée, et le séquestre, toujours de petites dimensions, s'élimine parfois par très minimes fragments. Mais, quand le trai-

(1) Gaucher, *Annales des maladies vénériennes*, nº 1, août 1906.

tement n'intervient pas, — ce qui arrive souvent — la lésion persiste indéfiniment à l'état fistuleux. Ou bien, cette lésion est prise pour une ostéite tuberculeuse; elle est traitée par le grattage et se reproduit sans cesse, malgré les interventions chirurgicales répétées.... Il y a des cas où, à la suite de l'ouverture de l'abcès sous-périostique, l'incision se cicatrise et la lésion paraît temporairement guérie; mais elle reste seulement latente, torpide et la suppuration reparaît sous l'influence d'une cause occasionnelle.... Il paraît cependant y avoir des cas dans lesquels ces ostéo-périostites, quand elles sont *très limitées* et *superficielles*, peuvent *guérir seules* et *définitivement* après s'être abcédées, sans que le traitement spécifique soit intervenu pour leur guérison. »

Le professeur Gaucher pense que bien des *lésions osseuses persistantes, rapportées communément à la tuberculose, sont des ostéites syphilitiques héréditaires méconnues* et qu'on en trouverait, dans les hôpitaux d'enfants, de nombreux exemples. J'ai pour ma part, à propos de la dégénérescence amyloïde, rapporté des faits du même genre, observés dans les services de chroniques des hôpitaux d'adultes.

Cette confusion si difficile à éviter bien souvent, est presque fatale, pour deux localisations considérées comme spéciales à la tuberculose : *le spina ventosa* et *le mal de Pott*. Les médecins ne devront pas ignorer que l'hérédo-syphilis les réalise parfois, ainsi que le professeur Gaucher en apporte d'intéressants exemples. Pour ce qui est du mal de Pott, ces observations sont importantes, car si Verneuil et Fournier avaient montré l'existence de cette localisation dans la syphilis acquise, aucun fait probant n'en établissait jusqu'alors l'existence dans la syphilis héréditaire.

Or, dans toutes ces variétés de l'ostéite hérédo-syphili-

tique, « c'est seulement par l'examen du sujet, par la constatation des dystrophies, par les antécédents, par les commémoratifs et par les résultats du traitement qu'on peut soupçonner le diagnostic.... Je crois que dans bien des cas, l'enquête sur les antécédents spécifiques héréditaires est utile, et peut-être guérirait-on ainsi des lésions qu'on laisse progresser, faute d'avoir pensé à temps à l'hérédité syphilitique. » (Gaucher.)

A côté de ces localisations si spéciales à la tuberculose, le *spina ventosa*, le *mal de Pott*, réalisés par la syphilis, il n'est pas sans intérêt, ainsi qu'une observation de M. Thibierge [1] en fournit un exemple, de rappeler l'existence d'une véritable *syphilis osseuse systématisée*. Cet auteur soigne une malade depuis onze ans, c'est-à-dire depuis le début d'une syphilis qui tout d'abord a évolué régulièrement, mais qui bientôt n'a pas tardé à *se généraliser sur le système osseux*; et, depuis lors, elle a parcouru ainsi presque toutes les parties du squelette. Cette malade a d'abord eu une gomme de la région frontale, puis différentes parties des membres et du tronc ont été intéressées. Elle est arrivée un jour à l'hôpital comme *empalée*, avec impossibilité complète de tourner la tête à cause de la *tuméfaction de la colonne cervicale*. Elle avait alors une ostéo-arthrite qui a guéri, mais il lui est resté une hyperostose qui limite beaucoup les mouvements de la tête. Puis les *radius*, les *cubitus*, les *tibias*, ont été atteints successivement avec une ulcération de la peau. En somme, depuis 10 ans, les *lésions occupent toujours les os* et si elles atteignent aussi les parties molles ce n'est que consécutivement. C'est là un exemple remarquable d'une syphilis systématisée. C'est qu'en effet on voit de ces

[1] THIBIERGE, Conférence clinique de l'hôpital Broca. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1906.

syphilis qui, sans qu'on en sache la raison, se cantonnent presque uniquement dans un système organique. Or, ces syphilis à localisation systématique sont particulièrement rebelles. Il faut les soigner presque indéfiniment pour arriver à les guérir. Ce n'est qu'avec un traitement très actif qu'on pourra arriver à combattre ces accidents qui malgré tout ont une tendance à se reproduire incessamment.

La notion d'une *syphilis osseuse systématisée* ne saurait laisser le médecin indifférent. Elle est inséparable, au même titre que celle des *formes suppurées des ostéites syphilitiques*, des difficultés du diagnostic de la syphilis et de la tuberculose osseuse, laquelle, dans certaines conditions, affecte également une véritable tendance à la systématisation, réalisant alors l'une des modalités les plus fréquentes de la scrofule. Par là, cliniquement tout au moins, apparaît une nouvelle preuve des relations étroites qui unissent la scrofule à la syphilis et qui rendent parfois purement factices, artificielles et suspectes les limites qui les séparent.

b. — *Articulations.*

Tout ce que je viens de dire à propos des ostéites, je pourrais le répéter à propos des arthropathies. Ces deux localisations se trouvent, d'ailleurs, fort souvent combinées soit sur la même région, sous la forme d'ostéo-arthropathies, soit sur le même sujet, porteur, en des régions différentes, de foyers d'ostéites et d'arthrites. Bien souvent même, dans ce dernier cas, des manifestations cutanées existent en même temps ; il est fréquent de rencontrer des sujets qui avec une tumeur blanche, une ostéite, des écrouelles, des gommes ou un lupus, sont des

tuberculeux ou des syphilitiques, quelquefois les deux à la fois, mais toujours, en tout cas, des sujets à « type de scrofule ».

Dans la majorité des cas il est aisé, ou tout au moins facile, de rattacher à leur véritable origine les différentes lésions qu'ils présentent, lorsque la syphilis ou la tuberculose seule est en jeu; le tout se borne alors à savoir distinguer une lésion syphilitique d'une lésion tuberculeuse; mais lorsque les deux maladies sont associées sur le même sujet, il est fort difficile de faire la part de l'une et de l'autre et de savoir dans quelles proportions elles se combinent pour réaliser une lésion hybride ou de reconnaître si l'une des deux seule est en cause, l'autre restant, pour le moment du moins, silencieuse.

Ce n'est que dans une connaissance approfondie des enseignements de la pathologie que le clinicien pourra puiser les éléments de son diagnostic.

Existe-t-il donc des signes de certitude qui permettent de distinguer une arthropathie syphilitique d'une arthropathie tuberculeuse et quels sont ces signes?

En réalité, il n'y a pas de signe de certitude; il n'y a que des éléments de présomption, basés sur les caractères objectifs de l'arthropathie, sur les données étiologiques, sur les commémoratifs, sur la constatation de lésions de même nature, concomitantes ou récemment survenues, enfin sur les résultats du traitement d'épreuve, encore qu'en matière d'ostéo-arthropathies chroniques, notamment, il convienne de faire des réserves sur la spécificité du traitement mercuriel, tout au moins du traitement local; c'est là une question qui, pour être doctrinale, n'en intéresse pas moins la pratique; j'y reviendrai.

Quels sont donc les éléments de diagnostic basés sur les caractères objectifs de l'arthropathie? Si on cherche à

opposer les arthropathies syphilitiques aux arthropathies tuberculeuses [1], on ne tarde pas à s'apercevoir qu'aucun caractère objectif, nettement pathognomonique, ne peut être invoqué pour les distinguer en toute certitude. Les unes et les autres peuvent évoluer sur le même type; il n'est pas jusqu'à la variété pseudo-rhumatismale qui n'appartienne à l'une et à l'autre.

Dans une thèse récente, M. Fouquet [2], se basant sur les travaux antérieurs et sur ses recherches personnelles, fait un exposé complet des diverses formes que peut revêtir la syphilis articulaire. Avec lui nous les grouperons en deux grandes catégories principales, suivant qu'elles sont la conséquence de la syphilis acquise ou de la syphilis héréditaire.

1° Syphilis acquise. — Les arthropathies de la syphilis acquise doivent être distinguées en arthropathies de la période secondaire et en arthropathies de la période tertiaire.

a. *Arthropathies secondaires.* — Elles comprennent trois types : l'*arthralgie*, la *synovite subaiguë* et la *synovite chronique.*

L'*arthralgie* est la plus précoce des manifestations articulaires de la syphilis; elle est très fréquente; le plus souvent elle est polyarticulaire, et frappe de préférence les jointures les plus actives (coude, poignet, genou, épaule, tibio-tarsienne).

La *synovite subaiguë* répond à la forme décrite par Fournier sous le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique; elle se caractérise par un gonflement de l'articulation,

(1) Voy. la *thèse* récente de Debonnesset (Paris, 1906) : Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire de la tuberculose.

(2) Ch. Fouquet, Traité de la syphilis articulaire. *Thèse de Paris*, 1905.

s'accompagnant de douleur à la pression et à l'occasion des mouvements, d'une sensation de tension pénible au repos, puis de rougeur et de chaleur de la peau, et quelquefois d'un léger empâtement de voisinage.

Quant à la *synovite chronique*, c'est l'arthrite « hypercrinique », décrite par J. Voisin en 1875, c'est l'*hydarthrose secondaire à tendance chronique*.

En somme, les arthropathies syphilitiques secondaires peuvent être considérées comme des manifestations, à type varié, d'une sorte de *pseudo-rhumatisme*. A cet égard, elles doivent être rapprochées du pseudo-rhumatisme tuberculeux décrit par Poncet, lequel peut affecter des modalités absolument analogues, à l'instar, d'ailleurs, de tous les rhumatismes vrais ou faux. Or, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic entre l'une des formes du pseudo-rhumatisme syphilitique ou tuberculeux ne présentera guère de difficulté, étant donné que les arthropathies syphilitiques secondaires sont précoces et concomitantes, presque toujours, de la roséole. Ce n'est que dans les cas où la durée de l'arthropathie se prolongera, notamment lorsqu'il s'agira d'une hydarthrose, que le doute pourra se présenter; il devra s'imposer si le malade est en même temps tuberculeux.

On a proposé de recourir à l'*examen cytologique et bactériologique* du liquide retiré par ponction de l'articulation. Déjà, de Grandmaison et Boidin [1] avaient basé leur diagnostic dans un cas de ce genre, sur les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye, mais ils avaient sacrifié l'animal au bout d'un mois. Or, Griffon [2] montra,

(1) De Grandmaison et Boidin, Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1902.

(2) Griffon, Un cas de pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif; étude cytoscopique; preuve expérimentale. *Société médicale des hôpit.*, 18 juin 1903.

peu après, que dans l'hydarthrose tuberculeuse la virulence du bacille de Koch était extrêmement atténuée, et qu'il fallait attendre deux à quatre mois pour obtenir des lésions indéniables de tuberculose expérimentale. Quant à la formule cytologique, alors que de Grandmaison et Boidin trouvèrent une lymphocytose prédominante, Griffon et Dehérain [1] trouvèrent la polynucléose.

A mon sens, ces divergences suffisent à autoriser un certain scepticisme à l'égard des renseignements que peut fournir l'examen cytologique et bactériologique d'un liquide d'hydarthrose. « L'inoculation au cobaye de l'exsudat articulaire et des parties fibrineuses, selon les recommandations de Le Damany, quand il est négatif, ne prouve pas que l'arthropathie ne soit pas de nature tuberculeuse; à plus forte raison l'examen négatif sur lamelles du culot centrifugé. Quant à l'examen cytologique que j'ai fait dans plusieurs cas, il faut lui faire crédit et attendre des points de comparaison plus nombreux que ceux qu'on possède. Mais il y a un moyen d'exploration qui doit toujours compléter les observations, c'est l'*inoculation de tuberculine* au malade. Dans trois cas récents d'hydarthrose du genou chez deux garçons et une fille, développés dans des conditions suspectes de tuberculose, cette réaction a toujours été nettement positive. Sans doute, m'objecte-t-on, le malade peut avoir d'autres foyers tuberculeux grâce auxquels la réaction se fera. Cela est vrai, mais du moins aura-t-on déjà établi que le malade est tuberculeux, et c'est quelque chose, si aucune autre cause apparente n'existe, capable d'avoir provoqué une arthropathie. Une réaction locale articulaire serait

[1] GRIFFON et DEHÉRAIN, Pseudo-rhumatisme syphilitique; hydarthrose volumineuse; étude cytologique et expérimentale de l'épanchement. *Soc. méd. des hôp.*, 19 janvier 1906.

plus démonstrative, mais je ne l'ai pas observée » (Barbier) [1].

Sans doute ces constatations sont fort intéressantes et peuvent même, ainsi que le fait remarquer M. Barbier, comporter une conclusion pratique des plus importantes en dépistant une tuberculose jusque-là ignorée; mais, en dépit de l'innocuité habituelle des inoculations de tuberculine, il ne faut pas oublier qu'elles peuvent parfois provoquer des accidents; en conséquence, elles ne sauraient être instituées en procédé de diagnostic courant et usuel. Je n'hésite pas à préférer les résultats du traitement d'épreuve à ces divers moyens d'exploration. Il n'est point dangereux; et, en même temps qu'il constitue un élément de diagnostic, il représente une arme thérapeutique active, dont il pourrait y avoir grand péril à différer l'emploi jusqu'à la mort du cobaye inoculé. Je sais bien qu'on m'objectera les faits signalés par MM. Le Gendre et Dufour, dans cette même séance de la Société médicale des hôpitaux (19 janvier 1906), à propos des observations de pseudo-rhumatisme syphilitique rapportées par M. Gaillard, et dont la plupart avaient inspiré la thèse de son élève Steinberg [2]. La nature syphilitique de ces cas de pseudo-rhumatisme n'étant démontrée par aucune autre preuve que l'efficacité du traitement mercuriel, MM. Le Gendre et Dufour firent remarquer qu'on réussit souvent à guérir des arthrites subaiguës blennorragiques ou rhumatismales par les applications d'onguent napolitain ou d'emplâtre de Vigo, et qu'il ne faut pas conclure, par conséquent, de la réussite d'un traitement mercuriel à la nature syphilitique d'une arthropathie. Ce n'est là qu'une application particulière d'une méthode générale, mise

(1) L. Barbier, *Soc. méd. des hôp.*, 19 janvier 1906, p. 36.
(2) Steinberg, Du pseudo-rhumatisme syphilitique.

avantageusement en pratique par les chirurgiens et notamment par M. J. Lucas-Championnière. Je me bornerai pour l'instant à faire remarquer qu'il s'agit ici d'un traitement local, et qu'il n'est guère possible de faire la même objection aux résultats positifs fournis par le traitement général qui, seul, mérite le qualificatif de traitement d'épreuve; cette restriction ne diminue en rien, d'ailleurs, la supériorité, en tant que traitement curateur, du traitement local sur le traitement général, par ingestion par exemple, quand il s'agit d'arthropathies syphilitiques, ainsi que l'a observé d'autre part M. Le Gendre.

b. *Arthropathies tertiaires.* — Elles comprennent deux types : l'*ostéo-chondro-arthropathie* et la *périsynovite gommeuse.*

L'*ostéo-chondro-arthropathie*, c'est la *pseudo-tumeur blanche syphilitique.* Elle atteint le genou dans les trois cinquièmes des cas et siège assez souvent aussi sur le coude, puis plus rarement sur la hanche et la tibio-tarsienne. Elle est caractérisée par des lésions des extrémités osseuses qui entraînent l'augmentation de volume des épiphyses ([1]). En outre, par irritation de voisinage, la synoviale articulaire devient le siège d'un épanchement (*hydarthrose tertiaire*). Bien étudiée par Méricamp ([2]), cette variété d'arthropathie tertiaire présente les plus grandes analogies avec la tumeur blanche tuberculeuse dont elle ne peut le plus souvent être distinguée qu'avec les plus grandes hésitations. Elle en diffère, d'une façon générale, par sa résistance particulière, sa dureté spéciale, l'ab-

([1]) Gaucher, Des gommes épiphysaires. *Soc. clin. de Paris*, 1879. Ce travail renferme quatre observations de gommes syphilitiques des épiphyses articulaires, qui constituent une variété spéciale d'arthropathie syphilitique tertiaire.

([2]) Méricamp, Arthropathies syphilitiques tertiaires. *Thèse de Paris*, 1882.

sence de lésions dans la cavité séreuse proprement dite et de fongosités, la coexistence fréquente d'accidents syphilitiques tertiaires, l'intégrité presque complète de l'état général. Abandonnée à elle-même cette ostéo-arthrite aboutit à l'*ankylose en flexion*; cette attitude est même un excellent élément de diagnostic rétrospectif de la nature syphilitique d'une arthropathie.

Quant à la *péri-synovite gommeuse*, elle est caractérisée par la formation de foyers gommeux dans le tissu cellulaire périsynovial; de ce fait même, elle a beaucoup plus de tendance que la variété précédente à s'accompagner d'ulcérations fistuleuses consécutives à l'ouverture des gommes, et à simuler davantage encore la tumeur blanche tuberculeuse.

Dans ces cas, comme toujours, c'est sur la coexistence d'accidents syphilitiques ou tuberculeux que se basera le diagnostic différentiel, encore que cette donnée soit bien fragile, puisque les deux maladies peuvent exister simultanément.

Je ne ferai que rappeler ici l'observation, à laquelle j'ai déjà fait allusion et que je reproduirai intégralement dans la seconde partie de ce travail, observation communiquée par moi à la Société médicale des hôpitaux le 3 mars 1905, et relative à un homme qui, en même temps que des lésions tuberculeuses des poumons, présentait une tumeur blanche du coude et des ulcérations cutanées tertiaires en évolution. L'apparition simultanée de ces ulcérations et de la tumeur blanche m'inclina à penser que celle-ci était de nature syphilitique et non tuberculeuse. Je soumis le malade au traitement mercuriel, sous la forme d'injections quotidiennes de 2 centigrammes de biiodure d'hydrargyre. Après la vingtième injection l'arthropathie avait disparu en même temps que les ulcérations cutanées.

Dans les cas de ce genre les difficultés du diagnostic, résultant des analogies d'aspect des arthropathies syphilitiques et tuberculeuses, se compliquent de ce fait que le sujet est notoirement atteint de ces deux grandes maladies et qu'il est difficile de faire la part du rôle de chacune dans la pathogénie des accidents actuels.

Est-ce à dire que si le sujet est notoirement tuberculeux il ne puisse être syphilitique sans le savoir, ou réciproquement ? Ce qui réduit toujours le problème clinique à la même conclusion : se souvenir que la tuberculose la plus probable est quelquefois une syphilis de forme rare, qui risque d'être méconnue et abandonnée dangereusement à elle-même.

Les exemples de pareilles erreurs sont nombreux en ce qui concerne les arthropathies.

En voici quelques-uns :

Je me souviendrai toujours d'une jeune femme que je vis à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine en 1899, et que je fis admettre dans le service de M. Gaucher qui publia plus tard son observation avec M. Coyon, alors son interne [1].

Cette malade avait été amenée à l'hôpital parce qu'elle avait une tumeur blanche du genou droit, des écrouelles cervicales ulcérées et de la phtisie pulmonaire. Tel était du moins le diagnostic avec lequel elle se présenta et qu'avaient successivement formulé et adopté les différents médecins qu'elle avait consultés depuis le début de sa maladie, c'est-à-dire depuis deux ans.

Le genou droit était volumineux, déformé, distendu par un épanchement ; mais la douleur était nulle ; les mouvements étaient simplement gênés.

[1] Gaucher et Goyon, Syphilis méconnue. Lésions osseuses datant de deux ans. *Soc. de dermat.*, avril 1901.

En découvrant la région cervicale, on aperçoit immédiatement une ulcération à contours nettement circulaires à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule gauche ; à ce niveau, il est aisé de reconnaître que l'os est fracturé et que les fragments sont épaissis. Tout le sterno-mastoïdien gauche est infiltré de masses nodulaires, rappelant la forme et la consistance des adénites, mais siégeant nettement dans l'épaisseur du muscle.

L'auscultation ne révèle aucun signe de lésion pulmonaire. Mais il existe une raucité particulière de la voix qui, paraît-il, remonte à l'enfance et qui a fait songer à la phtisie laryngée. Or, les soupçons éveillés par les caractères assez particuliers de toutes ces lésions, sont confirmés par l'interrogatoire du mari, qui avoue avoir eu la syphilis quelques mois avant son mariage.

La malade fut soumise immédiatement aux injections de benzoate de mercure ; deux mois après, toutes ces lésions, et particulièrement la tumeur blanche, considérée pendant deux ans comme étant de nature tuberculeuse, étaient complètement guéries.

Voici certes un bel exemple de lésions ostéo-articulaires syphilitiques avec fracture ouverte de la clavicule et pseudo-tumeur blanche du genou.

Je pourrais en citer nombre d'autres, telle une observation de pseudo-tumeurs blanches des coudes, considérées comme tuberculeuses et guéries par le traitement spécifique, — observation publiée par Gaucher au congrès international de Dermatologie de Vienne en 1892 ; — tel encore le cas d'un malade affecté d'une arthrite considérée depuis neuf années comme étant de nature tuberculeuse ; à ce moment surviennent des gommes périostiques du tibia ; une cure mercurielle est instituée et le malade

guérit, du même coup, de ses gommes et de son arthrite. (*Wiener medicin. Presse*, 1904, n° 49.)

Dans la majorité des observations de ce genre c'est sur la coexistence d'accidents syphilitiques évoluant en d'autres régions, sur d'autres tissus, sur d'autres organes, que le diagnostic a pu être établi. Quelquefois c'est au contraire l'arthropathie, l'ostéo-arthropathie syphilitique qui représente cet élément de probabilité à l'égard d'une autre localisation d'aspect plus douteux.

J'ai, chemin faisant, signalé déjà un certain nombre de faits semblables ; en voici un nouveau qu'il m'a été donné d'observer tout récemment à l'hôpital Necker. Une femme de 42 ans, qui avait été atteinte le mois précédent d'une angine aiguë prolongée, se plaignit un matin, pendant la visite, alors qu'elle était convalescente, de ne pouvoir avaler qu'avec peine et d'éprouver à nouveau une sensation de constriction dans la gorge. En examinant la gorge, je constatai immédiatement l'existence d'une tuméfaction du volume d'une petite noix faisant saillie sur la paroi postéro-latérale droite du pharynx, refoulant en bas et en avant toute la moitié droite du voile du palais, et présentant en son point culminant une petite ulcération anfractueuse d'un gris-jaunâtre. Je pensai tout d'abord à une collection rétro-pharyngée, et cela avec d'autant plus de raison apparemment que cette femme venait de me raconter l'histoire toute récente de son angine aiguë. Cependant, elle ne souffrait pas, elle n'avait pas de fièvre et il n'existait pas la moindre adénopathie correspondante. Ces anomalies attirèrent mon attention et m'inspirèrent quelques doutes. J'examinai complètement la malade et je découvris une périostose un peu douloureuse du temporal derrière le pavillon de l'oreille droite, une tuméfaction rénitente englobant l'articulation sterno-claviculaire droite et l'extrémité

antérieure de la première côte, puis une tuméfaction identique mais moins volumineuse de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Mes soupçons se trouvaient par là même presque absolument confirmés; la dernière hésitation tomba lorsque j'eus constaté sur l'avant-bras gauche et sur la jambe droite deux cicatrices légèrement déprimées, régulières, un peu rougeâtres encore, consécutives, au dire de la malade, « à des bosses grosses comme des œufs de pigeons » qui avaient fait apparition l'année précédente à quelques semaines d'intervalle, sans la moindre douleur, et avaient disparu sous l'influence d'un sirop ioduré prescrit à l'asile du Vésinet où elle était allée en convalescence de grippe. En l'interrogeant, j'appris qu'elle était depuis longtemps séparée de son mari « qui avait eu une mauvaise conduite », qu'elle avait eu trois enfants, dont deux étaient morts en bas-âge de méningite et qu'elle avait fait deux fausses couches. Dès lors, le diagnostic était certain : cette femme était en période d'accidents tertiaires; elle avait une gomme du pharynx, une ostéo-arthropathie sterno-claviculaire double, une périostose du temporal droit. Je la soumis au traitement mercuriel et ioduré et j'appliquai, en outre, sur les arthropathies des emplâtres de Vigo. Elle reçut chaque jour une injection de deux centimètres cubes d'une solution de benzoate de mercure au centième. Dès la sixième injection la gomme du pharynx était presque complètement affaissée; peu à peu tous les accidents disparurent.

Voici une observation qui montre le rôle que jouèrent une périostite et une ostéo-arthropathie tertiaires dans le diagnostic d'une tuméfaction rétropharyngienne considérée *a priori* comme un abcès consécutif à une angine aiguë antérieure.

2° Syphilis héréditaire. — Avec le professeur Fournier

on peut distinguer deux grands types d'arthropathies dans la syphilis héréditaire ; *la pseudo-tumeur blanche* et *l'arthropathie déformante*.

La *pseudo-tumeur blanche* ne diffère en rien de ce qu'elle est dans la syphilis acquise tertiaire ; elle s'accompagne le plus souvent d'un épanchement ; elle est indolente et ne provoque qu'une gêne plus ou moins marquée des mouvements ; atteignant de préférence les genoux, elle détermine la claudication ; elle occasionne parfois le décollement épiphysaire. L'indolence et la bilatéralité sont, d'une façon générale, les meilleurs signes distinctifs.

Toutefois, il ne faudrait pas regarder l'indolence comme un caractère fondamental de cette affection. MM. Méry et Guillemot [1], Méry et Terrien [2] ont rapporté des observations dans lesquelles l'*existence de vives douleurs* a marqué le début et accompagné l'évolution de l'arthrite. « On ne devra donc pas, à cause de ce seul symptôme, écarter le diagnostic d'arthropathie syphilitique.... En présence de certaines arthropathies, rappelant la tumeur blanche, *même si elles sont douloureuses*, il sera souvent utile de songer à la possibilité d'une syphilis héréditaire et d'instituer pendant quelques jours le traitement spécifique. »

L'observation de Méry et Terrien est, à cet égard, très démonstrative : une enfant de quatre ans éprouve tout d'abord de la difficulté à marcher, puis bientôt une impossibilité absolue de se tenir debout. Même couchée, elle se plaint des genoux. L'attitude est caractéristique ; la jambe est en demi-flexion sur la cuisse et l'extension complète est tout à fait impossible ; il y a là une contracture de

(1) Méry et Guillemot, *Soc. méd. des hôp.*, mars 1903.
(2) Méry et Terrien, Arthropathies syphilitiques à forme douloureuse chez une enfant de quatre ans. *Soc. méd. des hôp.*, 1904.

défense qui immobilise l'articulation. *Les deux genoux* sont *globuleux;* de chaque côté il y a une hydarthrose facile à constater ; de plus, il semble y avoir un peu de *gonflement osseux* portant surtout sur le plateau tibial. L'exploration est douloureuse. — D'autre part, l'enfant est bien portante ; mais il existe une *kératite interstitielle double;* celle-ci a débuté il y a quelques mois et a été traitée aux Quinze-Vingts par le sirop de Gibert. On ne trouve, d'ailleurs, aucun autre stigmate de syphilis héréditaire. Les parents ne présentent aucun stigmate de syphilis; *la mère a été opérée d'une tumeur blanche du poignet, aujourd'hui guérie.* — Cet antécédent maternel, l'état local, l'existence de douleurs, plaidaient plutôt en faveur d'une tumeur blanche ; toutefois la bilatéralité des lésions et la coexistence d'une kératite interstitielle double, plaidèrent en faveur de la syphilis héréditaire; l'enfant reçut 2 à 4 milligrammes de biiodure de mercure en injection chaque jour; au bout d'un mois, elle sortait, sans autre manifestation qu'une très légère hydarthrose persistant à droite.

Les arthropathies héréditaires suppurent rarement. Cependant, Marfan [1] a rapporté récemment l'observation d'un enfant de six mois chez lequel un épanchement purulent des deux genoux disparut rapidement sous l'influence de la médication mercurielle.

A côté des arthropathies héréditaires du type tumeur blanche, dont ces observations et celles qu'on pourra trouver dans le livre du professeur Fournier et dans les diverses monographies [2] fournissent de bons exemples, prennent place les *arthropathies déformantes.* Celles-ci sont des ostéo-arthropathies sèches, caractérisées par l'augmentation de volume des épiphyses, qui présentent une tumé-

[1] MARFAN, *Soc. de pédiatrie*, mars 1906.
[2] GAUCHER, *Annales des maladies vénériennes*, n° 1, août 1906.

faction massive ou bien de véritables ostéophytes, par l'absence d'épanchement, la limitation des mouvements de l'articulation atteinte, la présence de craquements, l'indolence « acquise par le temps », quelquefois l'attitude vicieuse du membre ou même l'arrêt de croissance et l'atrophie relative. (Fournier.)

Ces arthropathies déformantes qu'on observe chez les hérédo-syphilitiques dans un âge plus ou moins avancé ont, sans aucun doute, leur origine dans des lésions survenues dès les premiers mois ou les premières années de la vie et demeurées méconnues. Gaucher et Edmond Fournier [1] en ont rapporté un exemple, ressemblant absolument aux arthropathies du rhumatisme chronique déformant, accompagné des mêmes déformations et de la même atrophie musculaire.

Il est intéressant de rapprocher cette variété d'arthrites déformantes de la syphilis du type déformant, ankylosant du rhumatisme tuberculeux décrit aujourd'hui. Le diagnostic n'aurait, d'ailleurs, qu'une importance pratique bien restreinte, car de pareilles déformations articulaires représentent en quelque sorte les aboutissants d'un processus chronique qui échappe aux ressources de la thérapeutique.

Quoiqu'il en soit de cette restriction, le médecin ne devra jamais oublier : « Qu'étant donnée, sur un enfant ou un adolescent, une arthropathie qui n'est pas catégoriquement expliquée par une influence morbide évidente, accidentelle ou constitutionnelle, il y a toujours lieu de songer à la syphilis héréditaire comme cause possible de cette arthropathie et de la faire intervenir au nombre des facteurs

[1] Gaucher et Edmond Fournier, Polyarthrite déformante d'origine hérédo-syphilitique. *Soc. de dermat.*, déc. 1901.

étiologiques susceptibles de rendre compte d'une telle lésion. » (Fournier.)

Et cette conclusion pratique s'adapte également, à mon sens, non pas seulement à la syphilis héréditaire, mais à la syphilis acquise elle-même : vous y songerez chaque fois qu'une cause évidente ne pourra être reconnue à l'arthropathie que vous aurez sous les yeux.

B. — **Ganglions.**

« L'adénopathie scrofuleuse diffère de l'adénopathie syphilitique, assez souvent par le siège, le plus ordinairement par le nombre et la disposition des ganglions affectés, toujours par l'ensemble des symptômes, la marche et la durée, les terminaisons des engorgements ganglionnaires. ..... Il y a des cas fort embarrassants, où le praticien le plus expérimenté hésite et n'ose se prononcer sur le véritable caractère du mal. En pareille circonstance, il est indiqué de donner, à titre d'essai, les préparations mercurielles, et de préférence le sirop de biiodure de mercure. Si ce traitement amène promptement la désagrégation de la masse ganglionnaire et une fonte rapide de l'engorgement cellulaire périphérique, nul doute, c'est que le mal est de nature spécifique. » (Bazin) [1].

Tout ce chapitre de Bazin sur le diagnostic des écrouelles est à lire et à méditer. Mais c'est surtout dans le *Traité de la syphilis*, du professeur Fournier, et particulièrement dans son beau livre sur la syphilis héréditaire tardive qu'on trouvera des documents du plus haut intérêt.

Je n'insisterai point sur les caractères classiques de l'adénite syphilitique primitive, satellite du chancre, non

[1] Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, 1861, p. 351.

plus que sur ceux des adénites secondaires, qui par leur généralisation, constituent, pour le diagnostic de la syphilis, un signe de la plus grande importance. Ni l'une ni les autres ne peuvent prêter à confusion avec les adénopathies d'origine scrofuleuse, sauf dans des cas exceptionnels et notamment lorsque le sujet est strumeux. J'en dirai autant des adénites tertiaires, qui ne sont le plus souvent que le reliquat persistant des adénites secondaires, et se présentent alors sous la forme *scléreuse*, généralisée — mais qui parfois prennent la forme *gommeuse*. Dans ce cas, lorsqu'elles viennent à s'ouvrir, elles prennent l'aspect des ulcérations syphilitiques tertiaires, avec lesquelles elles se confondent. Toutefois, si le sujet est scrofuleux, cet aspect perd quelques-uns de ses caractères et se rapproche de celui des gommes ou écrouelles tuberculeuses.

En réalité, ce n'est donc, d'une façon générale, que lorsque les adénopathies syphilitiques évoluent sur un terrain strumeux, qu'il devient presque impossible de les distinguer des adénopathies scrofuleuses ; c'est qu'alors il s'agit de lésions *mixtes*, *hybrides*, « où syphilis et scrofule peuvent l'une et l'autre revendiquer leur part ; aussi, de vielle date, les a-t-on qualifiées de dénominations diverses toutes en harmonie avec cette croyance ; adénopathies *strumoïdes* de la syphilis, adénopathies *syphilo-strumeuses*, *syphilo-scrofule ganglionnaire*, etc..... Ricord en faisait un type de son fameux *scrofulate de vérole*. » (Fournier.)

Ce qui contribue à augmenter la confusion c'est que ces *écrouelles d'origine syphilitique* montrent une prédilection marquée pour les territoires ganglionnaires qui, précisément, constituent ce qu'on pourrait appeler les *domaines de la scrofule*. C'est ainsi qu'elles affectent le plus souvent les ganglions cervicaux antérieurs, sous-maxillaires, inguinaux, iliaques externes, alors qu'elles sont exception-

nelles, au contraire, sur les ganglions cervicaux postérieurs, mastoïdiens, épitrochléens, sièges habituels des adénites syphilitiques.

« Lorsqu'il nous est donné d'assister *ab ovo ad finem* au développement de lésions mixtes de ce genre, il n'y a pas de danger pour nous d'en méconnaître le double caractère, car alors, nous les voyons, en pleine évidence naître originairement de la syphilis, puis subir ultérieurement la dégénérescence strumeuse. Rien de plus simple. Mais il en est tout autrement si le médecin n'assiste qu'à la dernière partie de cette évolution morbide ou s'il n'est pas renseigné sur les antécédents spécifiques du malade. Dans ce cas, le caractère mixte de la lésion court grand risque de passer inaperçu et l'on croit alors avoir affaire simplement à un bubon strumeux, sans tenir compte des relations originelles de ce bubon avec la syphilis. C'est pour cette raison, sans nul doute, que les adénopathies secondaires de forme strumeuse, passent généralement pour beaucoup plus rares qu'elles ne le sont en réalité. » (Fournier.)

Je ne veux pas insister davantage ici sur ces considérations qui rentrent dans le cadre de la seconde partie de cette étude et sur lesquelles je reviendrai quand j'étudierai les rapports de la scrofule et de la syphilis.

J'ajouterai que ces écrouelles sont inséparables de l'étude des lésions cutanées, aussi bien au point de vue des caractères qu'elles présentent lorsqu'elles sont ulcérées, qu'au point de vue de l'aspect de leurs cicatrices. Pour des raisons analogues, il est parfois difficile de les distinguer, lorsqu'elles siègent sur les régions antéro-latérales du cou, des *gommes du sterno-mastoïdien*. On sait combien est fréquente cette localisation des gommes musculaires. J'en ai, pour ma part, signalé, chemin faisant, des exemples, notamment chez une jeune femme qui

était en même temps atteinte de tumeur blanche syphilitique du genou et chez laquelle ces ulcérations gommeuses du sterno-mastoïdien et cette tumeur blanche avaient été considérées pendant deux ans comme des lésions tuberculeuses. Je rapporterai plus loin, comme type de *syphilo-scrofulose*, l'observation d'une femme qui, en outre d'une ulcération phagédénique du lobule de l'oreille, présentait des écrouelles syphilo-strumeuses sous-maxillaires et des ulcérations gommeuses du sterno-mastoïdien, en même temps qu'une névrite du plexus brachial et des signes de tuberculose pulmonaire. Or, ces gommes et ces écrouelles, qui avaient été considérées, dans un service de chirurgie, comme des adénites tuberculeuses et traitées sans succès, guérirent après une série d'injections mercurielles.

Pour ce qui est de ces écrouelles strumoïdes, je dirai qu'elles peuvent être provoquées par la syphilis héréditaire tardive; en pareil cas, elles risquent fort d'être méconnues; seule une enquête approfondie sur les antécédents du malade, sur les stigmates dont il peut être porteur, permettra d'éviter l'erreur. Or, je crois ne rien exagérer en disant que *cette enquête s'impose en présence de tous les cas de scrofule*, car rien n'est plus fréquent que la *fausse scrofule* réalisée par l'hérédo-syphilis. L'hérédo-syphilis, d'ailleurs, peut revêtir tous les aspects de la scrofule ganglionnaire; elle ne se borne pas à reproduire le type du bubon scrofuleux, elle fait aussi des *hypertrophies ganglionnaires* froides, phlegmasiques, sans tendance à la suppuration, d'évolution éminemment lente et de durée chronique. Celles-ci affectent le plus souvent les régions latérales du cou et sont formées par des ganglions multiples, fermes, mobiles, plus ou moins volumineux (Fournier). Or, des hypertrophies ganglionnaires de même

allure se rencontrent si communément sur les sujets scrofuleux ou même simplement lymphatiques, que la majorité des médecins sont accoutumés à les considérer comme un signe de scrofule et ne songent pas à la syphilis. Il convient, toutefois, de remarquer que, parmi ces hypertrophies ganglionnaires de l'hérédo-syphilis, il en est que le traitement spécifique modifie et guérit rapidement, tandis qu'il en est d'autres sur lesquelles il n'exerce aucune influence. « Je crois, dit Fournier, que les unes dérivent directement de la syphilis et les autres n'en procèdent qu'indirectement, c'est-à-dire ne sont que l'expression médiate de l'influence générale exercée par la syphilis sur la constitution, le tempérament, la santé. »

Ici apparaît, une fois de plus, l'importance de la notion du *terrain syphilitique*, sur laquelle j'insisterai longuement dans la seconde partie.

C. — **Peau.**

Le diagnostic différentiel des manifestations cutanées de la tuberculose et de la syphilis est, sans conteste, l'un de ceux qui nécessitent, de la part du médecin, l'examen le plus minutieux et les connaissances spéciales les plus exercées. Je ne saurais entreprendre d'en présenter ici une étude complète. Je renvoie le lecteur aux différents traités de dermatologie, et notamment à la monographie de mon regretté maître du Castel [1], dans laquelle il trouvera un exposé détaillé des différentes formes et variétés de la tuberculose cutanée. Toutefois, si cette étude rentre dans le cadre de la spécialité, il n'en reste

[1] Du Castel, *Les tuberculoses cutanées* (Bibliothèque médicale Charcot-Debove).

pas moins certain qu'elle ne doit pas laisser indifférent le médecin. Celui-ci doit posséder des notions générales suffisamment précises pour distinguer les caractères principaux qui appartiennent en propre aux lésions syphilitiques de ceux qui sont l'apanage des lésions tuberculeuses. Il pourra ainsi, dans les cas où le diagnostic ne présentera aucune réelle difficulté, le poser lui-même et il lui arrivera souvent, dans les cas où il hésitera, de constater que les spécialistes hésiteront comme lui. Dans ces cas-là, il aura quelquefois l'avantage de tirer de ses habitudes et de son expérience clinique, *de sa méthode* en un mot, des éléments d'appréciation basés sur un examen général du sujet et sur tout un ensemble de constatations qui seront les plus sûrs garants du diagnostic ; la loupe et l'analyse méticuleuse des lésions élémentaires et des éléments figurés, peuvent être fort utiles pour une étude descriptive; je ne crois pas qu'elles apportent un argument irrésistible dans la discussion d'un diagnostic indécis.

Or, on peut dire qu'il n'est aucune variété de tuberculose cutanée à propos de laquelle ne puisse se poser le diagnostic différentiel avec la syphilis. Mais, alors qu'un lupus tuberculeux ne saurait être confondu avec une gomme syphilitique par exemple, il n'est pas rare de voir une syphilide lupiforme, prise pour un lupus, rester méconnue pendant des années et guérir le jour où un traitement mercuriel lui est opposé. Je ne fais aucune allusion ici aux faits, beaucoup plus embarrassants encore, dans lesquels la syphilis et la scrofulo-tuberculose se combinent localement pour réaliser des lésions hybrides, que j'étudierai dans la seconde partie, et dont la thèse de Longin (1) constitue l'exposé le plus récent. J'envisage

(1) Longin, Les hybrides de syphilis et de lupus. *Thèse de Paris*, 1905.

uniquement le diagnostic différentiel entre les manifestations cutanées de la syphilis et de la tuberculose prises isolément. Or, la tuberculose cutanée peut se présenter sous plusieurs formes : la *tuberculose inoculée accidentelle* (tubercule anatomique, lupus scléreux de Vidal, tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf); le *lupus tuberculeux* et le *lupus érythémateux*; les *ulcérations tuberculeuses*; les *gommes scrofulo-tuberculeuses*. Chacune de ces formes peut être simulée par des variétés, en quelque sorte homologues, de la syphilis cutanée.

Bien souvent le diagnostic ne pourra être établi sur le seul aspect des caractères objectifs de la lésion; il s'appuiera sur les commémoratifs, sur la coexistence d'autres manifestations viscérales, osseuses ou articulaires; enfin, il arrivera parfois que le traitement d'épreuve sera le seul argument probant. Est-ce à dire que les signes objectifs ne soient d'aucune valeur? Non, certes; bien souvent, ils sont suffisamment nets et précis pour ne laisser aucune place à l'hésitation.

Voyons donc sur quels caractères se base le diagnostic différentiel dans chacune des principales circonstances qui peuvent se présenter.

La *tuberculose de Riehl et Paltauf* sera distinguée des *syphilides papuleuses et croûteuses*, dont la croûte est moins épaisse, la surface plus sèche, non fissuraire, les bords moins pustuleux; cette tuberculose siège volontiers dans la tabatière anatomique, sur les doigts, sur les mains; les syphilides sont plus souvent multiples et affectent une disposition circinée caractéristique; elles s'accompagnent souvent de cicatrices spontanées antérieures.

Le *lupus tuberculeux* ou *érythémateux* présente parfois de telles analogies avec certaines *syphilides tuberculeuses* ou *pustulo-crustacées*, que le diagnostic peut être presque

impossible. J'ai, dans le cours des chapitres préeédents, eité quelques observations de syphilides considérées eomme des lupus tubereuleux et guéries par le traitement spécifique. La plupart des eas de ce genre appartiennent à la syphilis héréditaire; eela, pour deux raisons : la première, parce que la syphilis héréditaire réalise volontiers les allures du lupus et affectionne partieulièrement le nez, siège fréquent et habituel du lupus; la seeonde, paree que, le sujet étant de bonne foi quand il nie la syphilis, il se trouve que nombre de médeeins se contentent de eette dénégation, ne poussent pas plus loin leur enquête et méconnaissent ainsi la véritable nature de ees syphilides lupoïdes. Le professeur Fournier a donné de ees faits une étude approfondie et réuni des exemples earaetéristiques. Le professeur Gaucher, de son eôté, en a publié un eertain nombre d'observations. Je rappellerai la suivante, que j'ai pu suivre dans son serviee de l'hôpital Saint-Antoine ([1]), et qui peut se résumer ainsi : A l'âge de quinze ans, apparition d'une lésion uleéreuse du nez, atteignant à la fois la peau et la muqueuse nasales. Après un eertain nombre d'alternatives d'aggravations et d'améliorations, l'affeetion s'installe définitivement et détruit une partie du tégument. Examinée par plusieurs dermatologistes, la lésion est eonsidérée par tous comme un lupus et traitée eomme telle sans résultat. En 1898 (31 *ans après le début de l'affection*), la malade se présente à notre eonsultation, et nous pensons à la possibilité d'une syphilis héréditaire tardive. Nous la soumettons au traitement spéeifique par les injections de benzoate Hg, et, trois mois après, l'uleération est presque eomplètement

([1]) Gaucher et Lacapère, Hérédo-syphilis lupiforme du nez datant de trente et un ans, guérie par les injections mercurielles. *Soc. de dermat.*, juin 1901.

guérie. La nature syphilitique de la lésion est confirmée alors par l'examen ophtalmoscopique qui révèle l'existence de stigmates de syphilis ancienne, vraisemblablement héréditaire.

Mais si les lésions lupiformes sont très fréquentes dans la syphilis héréditaire, elles s'observent aussi dans la syphilis acquise et l'erreur de diagnostic est malheureusement loin d'être exceptionnelle. J'ai eu l'occasion de voir, il y a quelques années, chez moi, un homme de 55 ans, habitant la campagne, et chez lequel, deux ans auparavant, avait débuté sur l'extrémité du nez un soi-disant lupus, qui, peu à peu, avait gagné en surface et en profondeur, rongeant la peau et jusqu'aux cartilages. A cette marche envahissante, tous les médecins de la région, successivement consultés, avaient opposé le thermo-cautère ou la scarification; l'un d'entre eux, croyant à un épithélioma, avait conseillé la pommade du frère Côme. Lorsque je vis cet homme, pour la première fois, toute la partie cartilagineuse du nez était détruite; il n'y avait plus de narines, mais deux fosses nasales largement béantes, s'ouvrant sanguinolentes, au milieu de la face; de chaque côté du nez, s'étalait, jusque sur le sillon naso-jugal, un placard érythémato-squameux dont les bords étaient sinueux et vaguement circinés. Ce caractère attira mon attention. J'interrogeai le malade et fis un examen somatique complet. Je découvris, outre une leucoplasie buccale, une cicatrice suspecte sur la cuisse droite; enfin le malade ne fit aucune difficulté pour reconnaître qu'à l'âge de 22 ans, étant au service militaire, il avait eu « une éruption de sang » sur tout le corps, qui avait duré près de quinze jours, s'était accompagnée de grandes douleurs de tête et de maux de gorge, et que ses cheveux étaient tombés peu après. Cet homme, sans nul doute, avait eu

la syphilis, et, vraisemblablement, l'altération lupiforme qui lui avait rongé le nez était d'origine syphilitique. Je le soumis au traitement spécifique et, deux mois après, la cicatrisation était complète, mais la perte de substance restait!

Le fait suivant, présenté par M. Gaucher dans une de ses cliniques du mercredi (1905), n'est pas moins instructif. Il s'agit d'une lésion de la lèvre datant de deux ans, considérée comme un lupus et traitée par des cautérisations ignées. Trouvant l'aspect de cette lésion un peu suspect, M. Gaucher proposa le traitement d'épreuve qui amena la guérison très rapidement. Or, au bout de plusieurs mois, le malade revint avec une gomme très caractéristique, confirmant encore la nature syphilitique de la première lésion qui était d'aspect tout à fait lupiforme.

Dans presque toutes les observations de cette catégorie, le diagnostic n'a été que soupçonné; le traitement d'épreuve a été tenté; la guérison obtenue a confirmé rétrospectivement les soupçons. Or, lorsqu'on songe aux difformités qui peuvent laisser derrière elles de pareilles lésions, même lorsqu'elles sont enfin arrêtées dans leur évolution progressive, on se demande pourquoi ce traitement n'est pas systématiquement tenté dans tous les cas. Est-ce donc qu'il existe des signes de certitude, sur lesquels peut se baser, en toute solidité, le diagnostif différentiel? Pour ma part, en dehors de circonstances spéciales et fort rares, j'estime qu'il n'existe que des probabilités. Sans doute la couleur *jambon* du tubercule syphilitique peut être opposée à la couleur *sucre d'orge* du tubercule lupique; sans doute l'infiltration de la syphilis lupiforme est en bloc beaucoup plus considérable et massive que celle du lupus tuberculeux; sans doute les *contours circinés, polycycliques*, des bords de la lésion sont parmi les carac-

tères essentiels des syphilides; sans doute la zone marginale représente, dans la syphilis, la région d'activité principale et le centre présente souvent des traces manifestes de *cicatrisation spontanée*, tandis que même dans les cicatrices, le lupus contient toujours des nodules tuberculeux en évolution; sans doute la syphilide lupoïde se développe *avec une rapidité inconnue du lupus tuberculeux*, à moins qu'il ne s'agisse de cette forme particulièrement grave connue sous le nom de « lupus vorax ». Mais, en réalité, si ces caractères sont distinctifs dans les lésions nettement différenciées, ils se réduisent à des nuances insignifiantes dans bon nombre de cas et ne sauraient suffire à entraîner une conviction. Aucun d'eux n'est pathognomonique. La lenteur ou la rapidité d'évolution elle-même n'offre rien de positivement concluant; car le lupus vorax peut ronger la face en quelques mois, tout comme une syphilide maligne; car il est des syphilides, en quelque sorte torpides, qui, avec des alternatives de repos et de reprises, s'installent, immobiles durant des années, à la façon d'un lupus érythémateux, telle l'observation de Gaucher, citée plus haut, dans laquelle la lésion durait depuis 31 ans.

Je ferai les mêmes remarques à propos du diagnostic différentiel des *ulcérations tuberculeuses* et des *syphilides ulcéreuses*. Certes les *syphilides ulcéreuses précoces* ne prêteront guère à la confusion, bien que leur siège de prédilection sur les lèvres et au pourtour de l'anus puissent faire songer à la tuberculose; mais, outreque la recherche du tréponème pallidum pourrait, puisqu'il s'agit ici de lésions secondaires, trancher la question, la coexistence d'autres accidents secondaires (roséole, etc.) ne permettra guère l'hésitation. Quant aux *syphilides ulcéreuses tardives* elles n'affectent pas les mêmes sièges que les

ulcérations tuberculeuses et sont en général beaucoup plus grandes ; leurs bords sont plus saillants et souvent renversés en dehors; leur fond est plus anfractueux et dépourvu de granulations tuberculeuses ; « si une croûte les recouvre, elle est enchâssée dans les bords de l'ulcération comme un verre de montre dans son cadre. Les croûtes sont de couleur brune noirâtre, verdâtre, dures, composées de couches superposées, ostréacées ; il existe une tendance marquée à la réparation au moins partielle, d'où la formation de cicatrices lisses, pigmentées, caractéristiques. » (Du Castel.)

Dans le chapitre précédent j'ai cité l'observation d'une femme qui, en même temps que des écrouelles et gommes du sterno-mastoïdien portait une ulcération qui avait déjà déchiqueté le lobule de l'oreille et qui avait été considérée comme étant tuberculeuse ; or, cette ulcération et les prétendues écrouelles tuberculeuses guérirent après quelques injections mercurielles.

Quant au diagnostic des *gommes scrofuleuses* et des *gommes syphilitiques*, il repose, lui aussi, sur un certain nombre de caractères, qui, en réalité, ne sont distinctifs que lorsqu'ils sont très nettement accentués.

Avant la période de ramollissement, le diagnostic objectif est à peu près impossible.

Quand survient le ramollissement, il s'achève beaucoup plus rapidement dans les gommes scrofuleuses et se termine fatalement par la suppuration et l'ouverture ; au contraire, une gomme ramollie, *qui disparaît par résolution, ne peut être qu'une gomme syphilitique*. Après l'ouverture, l'ulcération syphilitique est plus arrondie, plus régulière ; ses bords sont taillés à pic et non décollés, indurés, entourés d'une aréole cuivrée, maigre de jambon, et non rouge vineux comme dans la tuberculose ; le fond

est anfractueux ; les croûtes qui se forment sont ostréacées, d'un vert foncé.

Tous ces caractères sont communs à la syphilis acquise et à la syphilis héréditaire tardive.

Ils appartiennent également aux gommes primitivement sous-cutanées, qui, du jour où elles viennent s'ouvrir à la peau, ne se distinguent en aucune façon des gommes primitivement cutanées. Dans leur phase initiale, ces gommes profondes risquent bien souvent d'être confondues avec toutes les variétés de tumeurs sous-cutanées ainsi qu'avec les abcès, les gommes et les adénites tuberculeuses.

L'erreur de diagnostic est sous la dépendance immédiate du siège de la lésion.

Des gommes du sterno-mastoïdien sont bien souvent prises pour des ganglions tuberculeux; et j'ai cité, dans les chapitres précédents, des exemples qui montrent que la confusion ne disparaît pas nécessairement avec l'ouverture à la peau. Ces gommes du sterno-mastoïdien présentent en général cette particularité d'être nombreuses, de former dans leur ensemble tout un chapelet tassé en quelque sorte dans le muscle et simulant la chaîne des ganglions cervicaux latéraux si souvent tuméfiés chez les scrofuleux.

De même, une gomme du sternum pourra faire songer à un foyer d'ostéite tuberculeuse. Je rappelle ici l'observation de cette jeune femme qui n'aurait pas été considérée pendant six ans comme atteinte de tuberculose pulmonaire, alors qu'une pneumopathie syphilitique la minait lentement, si la véritable nature d'une gomme sternale, inutilement opérée et grattée quelques mois avant le début de la phtisie, avait été reconnue.

Cet exemple montre à lui seul toute l'importance que présente l'étude des manifestations cutanées de la

syphilis et de la tuberculose, qu'il s'agisse de manifestations cutanées d'emblée ou de manifestations primitivement osseuses ou ganglionnaires ouvertes à la peau.

A mon sens, en dehors de cas très particuliers, la dermatologie ne saurait constituer une spécialité ; elle est inséparable de la syphiligraphie et la syphiligraphie est inséparable de la pathologie générale. Un médecin qui ignore les grands enseignements pratiques de la dermatologie et de la syphiligraphie ne peut exercer sans danger sa profession. C'est qu'en effet les maladies de la peau ont une valeur séméiologique ; et, pour ne parler que de la syphilis, il est incontestable que bon nombre de ses manifestations viscérales ne sont reconnues que grâce à la coexistence de manifestations périphériques, cutanées ou muqueuses.

C'est pourquoi je n'ai cessé d'insister sur la nécessité d'un examen somatique complet du malade. J'ai, en étudiant les éléments généraux du diagnostic, réuni les principaux indices révélateurs de la syphilis. J'ai, ensuite, successivement étudié les diverses localisations périphériques de la syphilis et de la tuberculose. Je viens de passer en revue rapidement leurs manifestations cutanées et je me suis efforcé d'indiquer les éléments principaux du diagnostic différentiel. Le moment est venu de préciser les caractères des cicatrices de ces lésions cutanées, car elles constituent des stigmates du plus haut intérêt pratique. Or, s'il est vrai que bien souvent ces cicatrices n'offrent aucun aspect nettement pathognomonique, il n'en est pas moins certain que, dans leurs types classiques, elles diffèrent notablement.

Les cicatrices des ulcères scrofuleux sont remarquables par l'irrégularité de leur surface et de leurs bords ; elles sont sillonnées de brides qu'on a souvent compa-

rées aux colonnes charnues du cœur, hérissées de saillies et de végétations, parfois creusées en « cul-de-poule »; ce sont des cicatrices *difformes*; leur coloration est brunâtre, rougeâtre, vineuse; elles sont toujours très pigmentées; elles ne sont jamais lisses, jamais blanches; elles sont souvent le siège de petits trajets fistuleux.

Les cicatrices syphilitiques varient un peu suivant la nature de la lésion; mais, d'une façon générale, qu'il s'agisse de gommes ou d'ulcérations, elles ont ceci de particulier qu'elles sont *lisses*, *régulières*, à peine déprimées en leur centre quelquefois; leurs contours affectent le plus souvent la disposition caractéristique, circinée, polycyclique; le centre est en général blanchâtre, souvent apigmenté, tandis que les bords sont pigmentés; enfin, elles sont en général multiples, souvent disposées par groupes; on les trouve volontiers sur le nez, le front, la commissure des lèvres, la partie supérieure de la jambe, le sternum, le sterno-mastoïdien.

D. — **Muqueuses.**

Je ne puis songer à faire ici une étude complète du diagnostic différentiel des diverses manifestations de la syphilis et de la tuberculose sur les muqueuses. Je me bornerai à signaler l'importance de quelques-unes d'entre elles.

a. *Nez.* — A plusieurs reprises déjà j'ai montré des exemples de confusions regrettables. Or, ici, plus peut-être qu'en aucune autre région, l'erreur de diagnostic entraîne des conséquences irréparables; elle laisse un souvenir ineffaçable sous la forme d'une mutilation parfois hideuse qui eût pu être évitée. Je me suis déjà suffisamment étendu

sur cette localisation spéciale ; je n'hésite pas à répéter que si le moindre doute existe, le traitement d'épreuve doit être tenté et j'ajoute qu'il peut l'être, alors même que la nature tuberculeuse ne paraît pas douteuse. En effet, il est des cas où la tuberculose paraît évidente, et où la syphilis est en jeu, parfois à titre d'associée. Or, c'est au début, avant que la lésion ulcéreuse n'ait produit d'irréparables pertes de substance, que le diagnostic présente le plus souvent les plus grandes difficultés. Il est bien évident qu'en dehors de cas exceptionnels, tel celui que j'ai rapporté précédemment, la confusion n'est guère possible entre le *nez effondré*, avec *ozène* et *perforation palatine*, de la syphilis acquise ou héréditaire, et le *nez de tête de mort* du lupus tuberculeux.

b. *Voûte palatine.* — On sait combien sont fréquentes les gommes de la voûte et du voile palatins et l'importance que présentent les cicatrices de cette région pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis. Toutefois, il ne faut pas oublier que la tuberculose peut provoquer des ulcérations vélo-palatines capables de produire une perforation. Ou bien il s'agit d'un lupus, variété extrêmement rare comparativement à la fréquence du lupus cutané, ou bien il s'agit de lésions ulcéreuses, dont Julliard (de Genève), Isambert, H. Barth et, tout récemment, Castex, Barbier et Etiévant ont rapporté d'intéressants exemples. Ces ulcères tuberculeux sont moins étendus que les ulcérations syphilitiques, au moins, à leur début; leur fond est sanieux et fongueux ; leurs bords sont moins réguliers, plus déchiquetés, décollés ; ils sont souvent entourés d'un semis de granulations jaunâtres, bien décrites par Trélat ; ils s'accompagnent constamment d'engorgements ganglionnaires, qui n'existent jamais dans la syphilis tertiaire ; ils occasionnent une dysphagie dou-

loureuse, inconnue de la syphilis ; toutefois, certains observateurs n'admettent pas cette distinction et considèrent que « la dysphagie douloureuse est aussi bien l'apanage de la gomme syphilitique que de l'ulcération tuberculeuse » (Etiévant) ; enfin, abstraction faite des formes miliaires aigües bien étudiées par Gaucher et Lacapère, et d'ailleurs exceptionnelles, ces ulcérations tuberculeuses ont une évolution beaucoup plus lente que les lésions syphilitiques. « La difficulté du diagnostic s'accroît encore quand on se trouve en face d'une ulcération ayant abouti à la perforation, sans qu'on ait assisté aux différents stades de cette évolution ; en effet, la perforation de la tuberculose offre, en général, de grandes analogies avec la perforation syphilitique. On a dénié à la tuberculose ce pouvoir de perforer, pour ainsi dire, et cela bien à tort, selon nous ; et nous sommes d'avis que si la tuberculose est rarement perforante au niveau de la voûte palatine et du voile, on ne saurait poser en principe que la syphilis en pareil cas doive être nécessairement incriminée. » (Etiévant.)

J'ai cru devoir citer ce travail récent, car il apporte un élément important dans la discussion du diagnostic en montrant que l'existence d'une perforation palatine n'exclut pas la nature tuberculeuse de la lésion. Je l'admets et je l'enregistre. Mais, j'estime que dans la pratique la conduite du médecin ne doit pas en être modifiée ; de pareilles lésions imposent un traitement spécifique, qui ne devra être interrompu que, si au lieu de s'améliorer, la lésion progresse.

c. *Cavité buccale, Langue et Pharynx.* — La cavité buccale, la langue et le pharynx sont fréquemment le siège de lésions tuberculeuses ou syphilitiques. L'examen de ces régions, alors même que le malade n'accuse aucune

sensation de gêne ni de douleur, s'impose, en toute circonstance. Il conduit souvent à la constatation de stigmates, de cicatrices ou de lésions dont la nature peut mettre le médecin sur la voie d'une syphilis méconnue. C'est ainsi que les plaques de *leucoplasie buccale*, *commissurale et linguale*, *les cicatrices de gommes de la langue*, *du palais*, *du pharynx*, *les glossites tertiaires* peuvent jouer le rôle d'indices révélateurs. J'ai cité nombre d'exemples de ce genre.

Quant aux lésions en évolution, elle passent bien rarement inaperçues du malade; c'est à propos d'elles qu'il vient consulter et chaque cas particulier peut donner matière à une discussion et à des hésitations qui ne sauraient être envisagées toutes dans ce rapide aperçu. Elles aussi peuvent faire reconnaître une syphilis jusque-là ignorée, telle cette gomme pharyngée dont j'ai rapporté l'histoire à propos des arthropathies syphilitiques.

Ce que j'ai dit il y a un instant des ulcérations tuberculeuses vélo-palatines peut trouver place à nouveau ici; les caractères objectifs sont identiques et, lorsqu'ils sont bien nets, ils suffisent à distinguer une *ulcération tuberculeuse de la langue d'une gomme syphilitique*, par exemple; toutefois l'hésitation est souvent permise et même nécessaire, notamment lorsque le malade est à la fois tuberculeux et syphilitique. En pareil cas, si les caractères objectifs de la lésion sont peu précisés, les commémoratifs ne peuvent exercer aucune influence, ne peuvent peser d'aucun poids; force est donc de recourir au traitement d'épreuve; mais, ici, ce traitement doit être surveillé de très près, car s'il s'agit d'une ulcération tuberculeuse elle subit, du fait de la mercurialisation, une véritable poussée aiguë; c'est là une particularité qui m'a paru tout à fait spéciale aux localisations linguales de la tuberculose et

qui doit être rapprochée des effets analogues du mercure sur le cancer de la langue, alors que les épithéliomes des autres muqueuses restent beaucoup plus tolérants.

Ces discussions sur le diagnostic des ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses de la cavité buccale, de la langue et du pharynx, sont classiques et je n'ai pas à y insister.

Pour ce qui est des autres muqueuses et notamment des *muqueuses génitale et anale*, je me bornerai à faire remarquer que si elles représentent le siège d'élection des accidents syphilitiques primaires et secondaires, elles ne sont qu'assez rarement touchées par la syphilis tertiaire. Or, j'ai indiqué, à plusieurs reprises, les raisons pour lesquelles il ne me paraît pas qu'il y ait, en général, difficulté à distinguer des lésions tuberculeuses le chancre et les syphilides secondaires. Je n'y insisterai donc point.

III

Diagnostic différentiel de la syphilis héréditaire précoce et de la tuberculose du premier âge.

Lorsqu'on cherche à préciser les limites qui séparent la syphilis héréditaire précoce de la syphilis héréditaire tardive, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il est impossible d'assigner à l'une un terme rigoureusement précis et à l'autre un début certainement exact.

L'hérédo-syphilis précoce, d'après tous les classiques, est définie par des manifestations qui existent dès la naissance ou tout au moins apparaissent dans les trois pre-

miers mois de la vie; la limite extrême paraît être le sixième ou le septième mois; encore faut-il n'accepter les observations de cette catégorie qu'avec les plus grandes réserves, car il est infiniment probable que dans ces cas il ne s'agit pas de syphilis héréditaire, mais de syphilis acquise, d'origine vaccinale le plus souvent.

La syphilis héréditaire tardive « fait ses manifestations dans un âge plus distant de la naissance, et cela, soit qu'elle entre en action à cet âge pour la première fois, soit qu'elle ait été précédée d'autres accidents de même origine dans le premier âge ».... « Toute manifestation spécifique de provenance héréditaire venant à se produire dans un âge plus avancé que celui où s'observent usuellement les accidents héréditaires de la syphilis, c'est-à-dire au delà des deux ou trois premières années de la vie, rentrera dans le cadre de ce que nous appellerons *conventionnellement* la syphilis héréditaire tardive. » (Fournier.)

Ainsi donc les limites extrêmes de l'hérédo-syphilis précoce ne dépassent pas *les deux ou trois premières années de la vie*. Mais il faut ici éviter une confusion dont les conséquences, au point de vue didactique, seraient regrettables. Il ne faut pas conclure que l'hérédo-syphilis précoce a deux ou trois ans pour se manifester. Elle se manifeste dès la naissance ou les trois premiers mois sous la forme d'accidents dont la durée peut se prolonger plus ou moins longtemps et qui représentent en quelque sorte la période secondaire de l'infection; elle se traduit par des symptômes à allure d'infection généralisée.

La syphilis héréditaire tardive, au contraire, se traduit par des manifestations à allure locale, qui sont symptômes et accidents de tertiarisme et présentent les plus grandes analogies avec les accidents tertiaires de la syphilis

acquise. C'est pourquoi je les ai confondues dans une même description (¹).

L'hérédo-syphilis précoce ne pouvait être décrite avec la syphilis secondaire acquise, car elle présente des caractères très particuliers inhérents à l'âge du sujet et aux conditions spéciales du terrain sur lequel elle évolue. D'ailleurs, en dehors de quelques localisations isolées, la syphilis secondaire de l'adulte ne prête guère à confusion avec la tuberculose et je n'ai eu à l'envisager qu'incidemment. Il n'en est pas de même de l'hérédo-syphilis précoce, qu'il est quelquefois difficile de distinguer de la tuberculose du premier âge.

C'est pourquoi il m'a paru indispensable de consacrer un chapitre spécial à la discussion d'un diagnostic différentiel dont l'importance pratique est suffisamment évidente.

Autant la syphilis héréditaire tardive peut simuler, chez un enfant âgé de plus de 2 ou 3 ans, les manifestations de la scrofulo-tuberculose, ainsi que nous l'avons vu dans les chapitres précédents, autant les cas sont rares où l'hérédo-syphilis précoce peut être confondue avec la tuberculose infantile, c'est-à-dire avec la tuberculose des nourrissons et des tout petits enfants.

C'est que leurs symptômes sont, en règle générale, totalement dissemblables ; c'est que, d'autre part, elles

(¹) On pourrait dire que la syphilis héréditaire peut parcourir *in utero* ses deux premières périodes, de façon à réaliser le type de l'hérédo-syphilis précoce, lorsque la première période seule s'est écoulée avant la naissance, et le type de l'hérédo-syphilis tardive lorsque la naissance ne survient qu'après la période des accidents secondaires : mais il n'en reste pas moins vrai que des accidents tertiaires tardifs peuvent être observés aussi bien dans le premier cas, c'est-à-dire chez des sujets qui ont, dès la naissance, fourni des signes d'hérédo-syphilis.

s'observent avec un maximum de fréquence aux limites opposées de ce qu'on est convenu d'appeler le premier âge. Alors que l'hérédo-syphilis précoce se manifeste surtout sur des nouveau-nés, sur des nourrissons n'ayant guère dépassé trois mois, la tuberculose n'apparaît, en général, qu'après la première année. Je ne discuterai pas ici les raisons pathogéniques de cette dissemblance; il me suffira de rappeler que, abstraction faite de quelques cas isolés (Sabouraud, P. Londe, Bar et Rénon, etc.) dans lesquels la transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus fut démontrée, il n'apparaît pas que la tuberculisation est, d'ordinaire, héréditaire de la sorte; il semble bien, au contraire, que ce mode de contamination est exceptionnel et que la tuberculisation de l'enfant est le résultat d'une contagion qui s'est exercée après la naissance; aussi bien comprend-on que la tuberculose ne se manifeste pas dès les premières semaines de la vie, mais seulement après que les effets de la contagion ont pu se produire; à cet égard, on pourrait dire qu'elle risque plus, en conséquence, d'être confondue avec la syphilis acquise de l'enfance, d'ailleurs fort rare, qu'avec l'hérédo-syphilis.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, il y a là une constatation clinique dont la valeur diagnostique est incontestable. Il ne faudrait pas croire cependant qu'elle est suffisante et nécessaire.

L'hérédo-syphilis précoce, en effet, si elle ne débute jamais après le troisième mois, peut présenter des manifestations successives dont la durée peut se prolonger jusque vers la deuxième année. C'est ici qu'apparaît la justification des réflexions que j'ai exposées, un peu longuement peut-être, au début de ce chapitre. Or, alors qu'il ne s'agit pas encore de syphilis héréditaire tardive, de

tertiarisme en réalité, il n'en est pas moins vrai que les accidents observés diffèrent quelque peu de ceux du début, et qu'à cette période *avancée* de son évolution l'hérédo-syphilis *précoce* peut parfois être confondue plus facilement avec la tuberculose.

Il est, notamment, une manifestation souvent méconnue, qui risque d'en imposer pour la tuberculose; c'est la *trachéo-bronchite* consécutive au coryza, et suivie elle-même de complications broncho-pulmonaires qui causent souvent, *dans la première année*, la mort des hérédo-syphilitiques (Barthélemy).

Mais voyons quels sont, en dehors de ces données relatives à l'âge, les éléments principaux du diagnostic différentiel.

Tout d'abord, ainsi que je l'ai dit en étudiant les éléments généraux du diagnostic de la syphilis et de la tuberculose, c'est chez le nouveau-né hérédo-syphilitique que la recherche de la *spirochœte pallida* fournit les résultats les plus positifs. Je n'y reviendrai pas, me bornant à rappeler ici l'importance capitale de cet examen pour le diagnostic. Il peut suffire à lui seul.

Cela ne signifie pas cependant que les éléments d'appréciation tirés des signes objectifs, des symptômes morbides, soient aujourd'hui sans valeur. Non seulement la recherche de la *spirochœte* peut être impossible, en l'absence des instruments et réactifs nécessaires, mais il peut arriver qu'elle demeure négative s'il s'agit d'une forme anormale.

Aussi bien convient-il qu'un médecin soit capable de reconnaître la syphilis héréditaire sans le secours d'un microscope, et cela dès le début, c'est-à-dire alors que

l'état de santé est encore parfait; tout au moins avant l'apparition de la cachexie.

Je n'insisterai pas sur les symptômes classiques de l'hérédo-syphilis précoce. Tous les médecins connaissent le facies souffreteux décrit par Trousseau, la chute des cils, l'anémie, l'augmentation de volume du foie et de la rate, les syphilides cutanées et muqueuses, les fissures et rhagades du pourtour des orifices naturels, le pemphigus, le périonyxis, le coryza. D'autres signes, moins constants, sont des indices révélateurs de premier ordre : telles les saillies osseuses du frontal (crâne natiforme), telle la *pseudo-paralysie* de Parrot, telles les diverses localisations viscérales, hépatiques, spléniques, pulmonaires, intestinales. Une mention spéciale doit être accordée aux lésions testiculaires; Hutinel a montré que l'apparition d'une orchite avec vaginalite exsudative chez un nouveau-né indique, presque à coup sûr, l'hérédo-syphilis.

On a coutume de répéter que les ganglions sont très rarement touchés dans l'hérédo-syphilis et on fait remarquer, à ce propos, combien elle diffère de la syphilis acquise. Or, je crois que c'est là une erreur. Pour ma part, chez plusieurs nouveau-nés syphilitiques que j'ai eu à soigner, soit à la crèche de l'hôpital Necker, soit en ville, j'ai toujours trouvé les ganglions rétro-auriculaires, cervicaux, épitrochléens, axillaires et inguinaux, plus ou moins hypertrophiés et indurés. Doyen [1] a publié, en 1883, quatre cas de syphilis héréditaire dans lesquels il y avait hypertrophie généralisée des ganglions périphériques et profonds. Henoch [2] admet que les manifestations ganglionnaires de la syphilis héréditaire sont assez

(1) Doyen, *Arch. gén. de méd.*, 1883.
(2) Henoch, *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. Trad. franç., p. 75.

fréquentes. Or, la notion de cette hypertrophie ganglionnaire généralisée est, à mon sens, d'une grande importance. En effet, en dehors des cas où les signes habituels de l'hérédo-syphilis précoce sont suffisamment nombreux et caractéristiques pour imposer le diagnostic, il n'est pas rare d'observer des enfants pour lesquels l'hésitation est grande. Tel est le cas surtout, lorsqu'il s'agit, non plus d'un nouveau-né, mais d'un nourrisson âgé de quelques mois, qu'on voit pour la première fois et qui ne présente plus trace d'éruption cutanée, ni même de coryza. La présence de ganglions périphériques fera-t-elle rejeter l'hypothèse d'une syphilis héréditaire?

Pour Parrot [1], chez les enfants du premier âge l'adénopathie syphilitique est exceptionnelle; les adénites qu'ils peuvent présenter sont la conséquence des lésions cutanées, elles n'ont rien de spécifique. Cette opinion est adoptée par Sevestre [2], qui va plus loin encore et dit que chez les jeunes enfants les pléiades ganglionnaires indiquent non pas la syphilis, mais presque toujours la tuberculose. C'est dans un esprit analogue que Legroux [3] décrivit, sous le nom de *micropolyadénie*, la présence de petits ganglions roulant sous le doigt comme des grains de plomb, dans les aines, les aisselles, derrière le cou; pour lui, cette micropolyadénie était un indice pathognomonique de tuberculose profonde chez les enfants. Or, des recherches ultérieures, et particulièrement celles de Potier [4], ont montré que si ce symptôme est, en effet, le plus souvent une manifestation très impor-

(1) Parrot, Clinique de l'hôpital des Enfants Assistés. *Progrès médical*, 1878, p. 475.

(2) Sevestre. *Études de clinique infantile*, 1889, p. 47.

(3) Legroux, *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888.

(4) Potier, De la polyadénite chronique périphérique chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1894.

tante de la tuberculose infantile, il se rencontre aussi dans d'autres états pathologiques, et notamment dans la syphilis héréditaire. « Nous étions portés à croire, au début de nos recherches, que tous les petits enfants qui présentaient l'ensemble symptomatique suivant : cachexie, grosse rate, gros foie, polyadénopathie périphérique, étaient de petits tuberculeux. Le fait suivant vint modifier notre impression. Un enfant âgé de un an était porteur de tous les attributs énumérés plus haut. Il fut considéré, pendant ses deux mois de séjour dans la salle, comme atteint de tuberculose diffuse ; grand fut notre étonnement à l'autopsie, et nous pouvons dire l'étonnement de notre maître, M. le Dr Marfan, en découvrant que l'enfant n'avait aucune lésion de tuberculose ni ganglionnaire, ni pulmonaire, ni d'un viscère quelconque. Mais il présentait des lésions manifestes de syphilis viscérale. » (Potier.)

Le même auteur cite quelques autres observations où cette micropolyadénie fut constatée chez des hérédo-syphilitiques. L'une d'entre elles est particulièrement intéressante, parce que la guérison put être obtenue par le traitement spécifique ; au fur et à mesure de la disparition des manifestations héréditaires, la micropolyadénie s'atténua et finalement cessa d'être perceptible.

J'ai, pour ma part, dans l'un des cas personnels auxquels je faisais allusion plus haut, fait la même constatation.

De ces faits, il semble bien résulter qu'un des symptômes auxquels on s'accordait à reconnaître une valeur importante dans le diagnostic précoce de la tuberculose infantile n'est, en réalité, rien moins que pathognomonique.

Sans doute, chez un enfant de quinze mois à trois ans, même chez un nourrisson qui présenterait les signes ordinaires de la tuberculose diffuse du premier âge, — signes

de bronchite, amaigrissement, facies fatigué et souffreteux, regard brillant abrité sous de longs cils, hypertrophie du foie et de la rate, — pour peu que les parents soient phtisiques, il ne saurait guère y avoir de doute sur le diagnostic. Toutefois, si on tient compte surtout que cette tuberculose diffuse du premier âge est, en général, apyrétique, il se peut que l'hérédo-syphilis simule ce tableau, et les cas ne sont pas rares où aucune lésion cutanée antérieure ou actuelle ne peut être découverte, telle l'observation de Potier, que je viens de rappeler. Dans ce cas, la micropolyadénie ne doit pas faire écarter le diagnostic d'hérédo-syphilis. C'est là un point que j'ai tenu à mettre en relief.

Bien plus, il me paraît nécessaire d'attirer l'attention des médecins sur l'importance que peuvent avoir les réactions ganglionnaires comme signes révélateurs de la syphilis héréditaire précoce. Celles-ci ne se bornent pas uniquement à reproduire « les grains de plomb » de la micropolyadénie, elles peuvent réaliser des adénopathies colossales, parfois suppurées, qui simulent absolument les ganglions bacillaires, les écrouelles. Cette *forme ganglionnaire de la syphilis héréditaire* est évidemment rare, mais ne doit pas être méconnue. Elle se manifeste par un gonflement cervical exagéré, au point qu'on pense, tout d'abord, bien plus à la scrofule ou à la tuberculose qu'à la syphilis. M. Comby [1] en a rapporté récemment deux observations. Chez un premier malade, âgé de 6 mois, la syphilis héréditaire n'a pour ainsi dire pas touché la peau; aucune éruption ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic. En revanche, il y avait du coryza et probablement aussi de la pharyngite avec infection consécutive

(1) Comby, *Arch. de méd. des enfants*, n° 10, 1905.

des ganglions cervicaux supérieurs. Alors s'est développée une adénopathie chronique colossale, partiellement suppurée, qui n'a pas tardé à disparaître sous l'influence des frictions mercurielles. S'il y avait eu des doutes sur la nature de la maladie, le résultat du traitement les aurait dissipés.

Dans le second cas, chez un enfant de dix mois, il s'est formé aussi une adénopathie colossale du cou, mais il n'y eut pas de suppuration.

Dans les deux cas, les accidents initiaux de la syphilis ont manqué ou ont passé inaperçus. Il en est résulté une absence de traitement spécifique pendant six mois dans le premier cas, pendant dix mois dans le second. Alors s'est développée l'adénopathie cervicale, fonction de coryza ou de rhino-pharyngite. Il était permis d'hésiter sur la nature de cette adénopathie simulant parfaitement les écrouelles par son indolence et sa chronicité. On a pensé à la tuberculose, mais pour l'éliminer après enquête, et on a hardiment prescrit la mercurialisation.

Voilà une forme particulière qu'il faut connaître. Outre qu'elle est fort intéressante au point de vue pratique, elle ne l'est pas moins au point de vue théorique et je ne tarderai pas à discuter l'importance pathogénique de ces lésions de rhino-pharyngite hérédo-syphilitique, avec ou sans adénites, comme facteur étiologique de tuberculisation.

Je ne saurais terminer ce chapître relatif au diagnostic différentiel de la tuberculose infantile et de l'hérédo-syphilis sans mentionner un fait clinique sur lequel M. le Pr Hutinel ne manque pas d'attirer l'attention de ses élèves et qu'il a bien voulu me communiquer verbalement. Les cavernes pulmonaires tuberculeuses sont exceptionnelles

dans le premier âge ; on les rencontre cependant quelquefois ; or, dans ces cas, il s'agit toujours de nouveau-nés hérédo-syphilitiques.

Voilà encore une constatation qui devait trouver sa place ici, mais dont je ne manquerai pas de faire état dans la deuxième partie de cette étude.

DEUXIÈME PARTIE

Qui traitera de l'association des deux maladies
et pourrait être intitulée

SYPHILIS ET TUBERCULOSE

SYPHILIS ET TUBERCULOSE

La syphilis et la tuberculose sont incontestablement, dans nos pays, les deux plus répandues des maladies contagieuses chroniques. Elles ne sont point incompatibles, contrairement à l'opinion soutenue autrefois par Hunter. Aussi bien n'est-il pas étonnant que le médecin les trouve fréquemment associées chez le même individu.

De cette association résultent des conditions pathologiques nouvelles. En effet, quel que soit l'ordre de succession, cette association, dès qu'elle existe, constitue, à proprement parler, un surcroît de maladie. Définir l'avenir réservé au syphilitique tuberculisé ou au tuberculeux syphilisé, établir les bases de la thérapeutique dont l'un et l'autre sont justiciables, tel sera le but de cette seconde partie. Mais ce but ne peut être que la conclusion d'une étude complète des relations étiologiques qui unissent la syphilis à la tuberculose et du retentissement qu'elles exercent l'une sur l'autre dans leurs différents modes d'association, soit qu'elles se fixent simultanément en un même point, de façon à réaliser l'une de ces lésions hybrides auxquelles Ricord a donné le nom de *scrofulates de vérole*, soit qu'elles évoluent isolément sur le même individu, telle la tuberculose pulmonaire chez un syphilitique par exemple.

Je n'entreprendrai pas de faire, dans un chapitre spécial, l'historique des travaux qui ont été publiés sur ce

sujet. Outre que la tâche serait fastidieuse, elle n'aboutirait qu'à un résultat trompeur. En effet, les rapports de la syphilis et de la tuberculose n'ont jamais été envisagés à un point de vue général ; tel auteur s'est attaché à étudier les caractères particuliers qu'affecte la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, tel autre a surtout eu en vue l'influence de la scrofule sur les déterminations de la syphilis. Chemin faisant, à propos de chaque groupe de faits, je discuterai les opinions et les doctrines soutenues dans les traités ou les monographies spéciales. Ce sera, à mon sens, la meilleure façon de passer utilement en revue les documents épars sur cette question.

I

Relations étiologiques générales de la syphilis et de la tuberculose.

La tuberculose, la phtisie pulmonaire tout au moins, ne crée vis-à-vis de la syphilis aucune prédisposition. Il est même permis d'admettre qu'elle prémunit, dans une certaine mesure, le malade, en l'invitant à espacer les chances de contamination vénérienne. A ce propos, il est curieux de rappeler que Louis, dans son article » Phtisie » du *Dictionnaire de médecine* (t. XXIV, p. 549), remarque qu'il n'a point constaté chez les phtisiques cette exaltation des fonctions génitales qui a été si généralement admise; il pense que ces fonctions participent chez eux à la faiblesse générale.

Toutefois la tuberculose ou plutôt les tuberculoses locales peuvent constituer des portes ouvertes pour la sy-

philisation et on peut concevoir la possibilité d'une inoculation à la surface d'un ulcère tuberculeux. Mais ces cas sont rares et ne doivent pas être confondus avec les lésions hybrides, dont l'étude formera un chapitre important de ce travail et qui résultent de la réunion sur un même point d'une localisation tertiaire et d'une manifestation bacillaire, chez un sujet à la fois syphilitique et tuberculeux.

D'une façon générale, on peut donc admettre que la tuberculose ne constitue aucune prédisposition à la syphilis.

Il n'en est pas de même pour la syphilis qui, bien au contraire, représente un facteur puissant de prédisposition à la tuberculose. Pour ma part, je suis même convaincu que la tuberculisation est intimement liée à la syphilisation, et je ne serai pas éloigné de penser que la tuberculose n'est peut-être qu'une conséquence éloignée ou prochaine de la syphilis.

Cette conception repose sur des considérations générales que j'ai déjà exposées dans des publications antérieures et que je complèterai ici (¹).

A. — Importance de la syphilis acquise dans l'étiologie de la tuberculose.

Tous les classiques, tous les syphiligraphes sont aujourd'hui unanimes pour constater que la syphilis crée une prédisposition importante à la tuberculose et pour reconnaître que la tuberculisation des syphilitiques peut être réalisée par deux mécanismes différents : soit *direc-*

(¹) Émile Sergent, Syphilis et tuberculose. *Archives génér. de méd.*, oct. 1905.

tement, par inoculations bacillaires au niveau des ulcérations cutanées ou muqueuses, soit *indirectement*, par déchéance de l'organisme.

1° *Tuberculisation* directe, *par inoculations bacillaires au niveau des ulcérations cutanées ou muqueuses.*

La tuberculisation *directe* est le résultat d'inoculations bacillaires au niveau d'ulcérations cutanées ou muqueuses déterminées par la syphilis. Pour si simple qu'il paraisse *a priori*, ce mode de contamination tuberculeuse n'en est cependant pas moins le plus rarement observé. Sans doute, les ulcérations syphilitiques, si petites soient-elles, ouvrent des solutions de continuité largement suffisantes pour la pénétration du bacille de Koch ; mais, à leur niveau, le processus de réaction inflammatoire est en pleine activité et constitue une barrière protectrice sur laquelle la phagocytose s'exerce avec efficacité ; aussi bien doit-on admettre, et l'observation clinique le démontre, que cette inoculation tuberculeuse, pour être positive, exige une sorte d'atonie particulière de l'ulcère syphilitique sur lequel elle s'opère. Jamais un chancre ni une syphilide secondaire, cutanée ou muqueuse, ne servira de porte d'entrée au bacille de Koch ; les syphilides ulcéreuses à évolution lente et serpigineuse, les gommes, les nécroses sont à peu près les seules lésions syphilitiques sur lesquelles puisse « prendre » l'inoculation de la tuberculose.

C'est par ce processus que se constituent le plus grand nombre des hybrides cutanées de syphilis et de tuberculose, que nous étudierons ultérieurement. Mais, en pareil cas, il s'agit d'une tuberculisation locale, sans grande tendance à la généralisation. Cette restriction s'applique aussi aux cas où l'hybridité se développe, non plus sur les

téguments externes, mais bien dans le poumon lui-même. Le Pr Fournier, qui a bien voulu s'intéresser à mes recherches et les encourager de sa précieuse approbation, m'a narré une fort intéressante observation, qui montre bien quel excellent terrain constituent les gommes syphilitiques pour la germination de la tuberculose. Il put suivre pendant plusieurs années un homme, syphilitique, chez lequel s'était faite une fonte rapide du poumon, sans qu'à aucun moment on put déceler la présence d'un seul bacille de Koch dans l'expectoration, sans que l'état général fut altéré; en un mot, une caverne gommeuse s'était creusée. Or, ultérieurement, cet homme se tuberculisa et on put colorer des bacilles dans ses crachats. Cependant, fait intéressant à noter, et sur lequel je reviendrai, la tuberculose resta floride chez ce syphilitique et il mourut, avec toutes les apparences de la santé, d'une hémoptysie foudroyante. Selon toute vraisemblance, la tuberculisation secondaire de cette caverne gommeuse avait été le résultat d'inhalations de poussières bacillifères, auxquelles le sujet se trouvait quotidiennement exposé en sa qualité d'artiste lyrique. Il semble bien qu'il se soit agi d'une véritable hybridité, et il est intéressant de constater que la tuberculose est restée étroitement limitée au siège même de la caverne syphilitique sur laquelle elle s'est greffée.

Bien différents sont les cas où la lésion syphilitique ne sert que de porte d'entrée à la tuberculose, qui, loin de se combiner localement avec elle, porte ses coups à distance et se généralise. Sans doute, on peut admettre que toute inoculation bacillaire, quel que soit le siège de l'ulcère syphilitique sur lequel elle vient s'exercer, peut aboutir à ce résultat. Mais si, théoriquement, rien ne contredit cette opinion, il faut bien reconnaître qu'elle

n'est qu'exceptionnellement réalisée, en dehors des faits de tuberculisation par inhalation. C'est à ce titre que la syphilis laryngo-trachéale devient souvent l'occasion d'une tuberculose qui ne tarde pas à se propager au poumon : « Le laryngopathe syphilitique, même guéri, a des titres acquis pour une candidature à une tuberculose laryngée qui peut s'ouvrir d'un jour à l'autre. » (Landouzy.)

« J'ai remarqué, dit Cadier [1], que presque tous les phtisiques, chez lesquels on voit survenir des accidents très graves du larynx, avaient été antérieurement atteints de syphilis.... L'existence d'anciennes lésions syphilitiques constitue un appel pour la localisation de la tuberculose. »

Un fait est bien certain, c'est que la constatation d'une phtisie laryngée impose le devoir de rechercher les antécédents syphilitiques ; avec Granier [2], Landouzy, Jacquinet, j'incline à penser que la phtisie laryngée est un indice révélateur de la syphilis, soit qu'elle se soit greffée directement sur la laryngopathie syphilitique, soit que celle-ci n'ait tout d'abord servi que de porte d'entrée à une tuberculose pulmonaire qui, secondairement, se sera propagée au larynx.

Au même titre, quoique à un degré de fréquence bien moindre, la trachéo-bronchite syphilitique ouvre une voie de pénétration au bacille de Koch. J'ai décrit, dans la première partie, les caractères qu'elle présente, sa tendance à la chronicité, la difficulté qu'on peut éprouver à la distinguer de la tuberculose. Potain avait montré à plusieurs reprises l'importance de la bronchite syphili-

(1) Cadier, *Traité de laryngologie.*

(2) Granier, De la complication de la tuberculose par la syphilis. *Bull. et mém. de la Soc. de thérap.* Paris, 1885, p. 141-155.

tique dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, et Barthélemy a, tout récemment, insisté sur la longue durée de ces trachéo-bronchites de la période secondaire et du début du tertiarisme. Je ne puis que répéter à nouveau ce que j'ai déjà dit, à savoir que la notion de cette trachéo-bronchite syphilitique n'est point suffisamment répandue et que nombre d'individus échapperaient à la tuberculose qui les guette, si la nature syphilitique de leur catarrhe bronchique était reconnue dès le premier moment.

2° *Tuberculisation* indirecte *par déchéance de l'organisme syphilisé.*

Si, d'une façon générale, — et abstraction faite de quelques cas particuliers et notamment des faits d'inoculation bacillaire par inhalation, — la tuberculisation directe des syphilitiques peut être considérée comme relativement rare, il n'en est pas de même de la tuberculisation indirecte, qui apparaît, au contraire, comme le mode pathogénique le plus fréquent.

Lorsque j'étudierai les principaux types cliniques que peut revêtir l'association des deux maladies, j'aurai à discuter quelques données pathogéniques spéciales à chacun d'eux, et notamment à la tuberculose pulmonaire des syphilitiques. Je n'envisage ici que les considérations générales relatives à la *prédisposition de terrain* que crée la syphilis vis-à-vis de la tuberculose.

Cette prédisposition est incontestable et personne n'admet plus aujourd'hui le prétendu antagonisme invoqué par Hunter : « Il est hors de doute, pour moi, que deux actions ne peuvent avoir lieu simultanément dans la même constitution ou dans la même partie ».

Lorsqu'on cherche à connaître l'opinion des auteurs sur ce point, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'un grand nombre englobent sous le nom de phtisie les manifestations pulmonaires de la syphilis, les pneumopathies syphilitiques proprement dites. Il y a là une cause d'erreur manifeste, sur laquelle Gamberini [1] a judicieusement insisté, dans l'appréciation des faits de tuberculose pulmonaire soi-disant guéris par le traitement mercuriel. C'est en raison de cette considération que je ne retiendrai ici que les noms des auteurs qui ne peuvent être soupçonnés d'avoir fait cette confusion.

Cette réserve faite, les auteurs n'accordent pas tous une égale valeur au rôle joué par la syphilis dans la pathogénie de la tuberculose, et quelques-uns ne sont pas encore très éloignés d'admettre un certain degré d'antagonisme, tout au moins local, entre les deux maladies. « L'existence simultanée de la syphilis et de la tuberculose, écrit Lancereaux [2], est chose assez rare et l'on peut croire qu'il y a entre le tubercule et le produit syphilitique un antagonisme analogue à celui qui existe entre le tubercule et le cancer. Or, la loi générale de l'organisme, en vertu de laquelle le développement d'une lésion pathologique arrêterait ou retarderait l'évolution de tout processus d'une origine différente, étant vraie, c'est uniquement par la débilitation qu'elle apporte au sein de l'économie, que la syphilis est susceptible de donner le coup de fouet à la phtisie pulmonaire.... Au résumé, les manifestations de la scrofulose et de la phtisie pulmonaire sont quelquefois éveillées par la syphilis ; toutefois, il n'est nullement prouvé que celle-ci puisse les engen-

(1) Gamberini, La syphilis peut-elle être la cause directe des tubercules pulmonaires. *Gaz. méd. de Paris*, 1853, p. 374.
(2) Lancereaux, *Traité de la syphilis*, 1866, p. 585.

drer; elle est tout au plus, à leur égard, une cause occasionnelle. »

Mauriac[1] soutient une opinion analogue : « Voyez combien peu de patients sur le nombre infini des syphilitiques deviennent tuberculeux sans un facteur étiologique autre que la syphilis! Combien peu, parmi la quantité considérable des phtisiques atteints de syphilis, voient leurs poumons envahis par la syphilis! » Après cette allusion à une sorte d'antagonisme local, après cette négation de l'hybridité, il ajoute cependant : « Si la syphilis n'engendre point la tuberculose pulmonaire, il est naturel d'admettre que, chez les individus prédisposés, elle hâte l'apparition de cette maladie, en débilitant tout l'organisme et en diminuant la résistance qu'il avait opposée jusque-là aux bacilles tuberculeux ».

L'influence de la syphilis sur l'état général avait été invoquée de longue date déjà par Morton, Morgagni, J. Frank, pour qui la syphilis est une cause débilitante, capable, chez les individus prédisposés, de favoriser, d'accélérer, d'aggraver le développement de la phtisie pulmonaire.

Pour Graves[2], la syphilis favorise grandement l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, soit par l'action déprimante qu'elle exerce sur la santé, soit par l'abus des préparations mercurielles.

« La syphilis, dit Bazin[3], comme toutes les causes débilitantes, peut aider au développement de la tuberculose pulmonaire, chez les individus prédisposés, mais elle est incapable de produire par elle-même autre chose

(1) Mauriac, *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 415.
(2) Graves, *Leçons de clinique médicale*. Trad. franç. de Jaccoud. Paris. 1863, p. 162.
(3) Bazin, *Leçons sur la syphilis et les syphilides*, 1866, p 99.

que des tubercules syphilitiques, c'est-à-dire de véritables tumeurs gommeuses. »

La même idée était exprimée par Ricord, lorsqu'il disait : « La vérole est un branle-bas dans l'économie, un branle-bas susceptible d'évoquer les vices organiques, d'éveiller toutes les diathèses en puissance ».

« Pour ma part, écrit le professeur Fournier[1], j'ai déjà vu nombre de jeunes sujets, chez lesquels la syphilis avait exercé puissamment son influence dépressive, devenir tuberculeux dans les premiers mois ou les premières années de l'infection. J'ajoute même que, développée dans ces conditions, la phtisie suit quelquefois une évolution hâtive, fait des progrès rapides et tue à bref délai. Aussi, d'après mon expérience personnelle, comme aussi d'après ce qu'ont dit sur ce point les observateurs les plus autorisés, n'hésiterai-je pas à *inscrire la syphilis au chapitre étiologique de la tuberculisation pulmonaire.* »

C'est dans le même esprit qu'il faut lire cette phrase imagée du professeur Landouzy [2] « : *La syphilis fait souvent le lit de la tuberculose* ». Nous retrouverons maintes fois le nom de cet auteur au cours de cette étude, ainsi que celui de son élève Jacquinet[3] ; l'un et l'autre prennent soin de diviser, à cet égard, les syphilitiques en deux catégories : ceux qui présentent une prédisposition héréditaire ou acquise, ceux qui ne sont entachés d'aucun antécédent suspect, — les chances de tuberculisation étant plus grandes chez les premiers, sans qu'il y ait, toutefois,

(1) Fournier, *Traité de la syphilis*, t. I, p. 257.

(2) Landouzy, Associations morbides; syphilis et tuberculose; terrain et graine. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1891, t. II, p. 185-187.

(3) Jacquinet, *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.* Paris, 1895.

dans cette distinction, aucun exclusivisme. « Que la syphilis se déclare chez un jeune sujet prédisposé, soit par ses ascendants, soit par tempérament acquis, à la tuberculose, elle va, en anémiant, débilitant, appauvrissant l'économie, précipiter ou même provoquer le développement de tubercules qui, sans l'apport de cette cause adjuvante, ne se seraient manifestés que plus tardivement ou qui même ne se seraient jamais produits. » (Jacquinet.)

Des idées analogues se retrouvent dans la thèse de Stieffel : « De l'influence de la syphilis sur l'éclosion et sur l'évolution de la tuberculose ». (Nancy, 1884.)

Or, ainsi que je l'ai écrit dans mes publications antérieures, mes observations personnelles m'ont conduit à la même constatation. Je dirai même qu'elles m'ont amené à considérer que les relations étiologiques de la syphilis et de la tuberculose sont beaucoup plus étroites qu'on ne l'admet généralement; j'ai la conviction que la *syphilisation crée un terrain d'élection pour la tuberculisation* et que cette prédisposition s'exerce d'une façon toute particulière chez les enfants issus de parents syphilitiques, ainsi que je m'efforcerai de le démontrer dans les pages suivantes.

Dans cette question des relations étiologiques de la syphilis et de la tuberculose, une première condition apparaît avec évidence : l'appréciation exacte des éléments du diagnostic rétrospectif de la syphilis; — j'estime, ainsi que je l'ai dit au début de ce travail, que la syphilis est souvent méconnue et que le médecin doit savoir la trouver, là où elle se cache.

Parmi les syphilitiques qui se tuberculisent, on peut faire deux catégories : les uns deviennent tuberculeux dès le début de la syphilis, pendant la période secon-

daire ; les autres, tardivement, alors que l'infection syphilitique paraît depuis longtemps éteinte.

Dans le premier cas, la tuberculisation apparaît avec évidence comme la conséquence de l'action dépressive, dibilitante et anémiante exercée par la syphilis sur un organisme quelquefois affaibli déjà par des tares pathologiques antérieures. Ici le sujet est placé en état de réceptivité morbide, du fait de sa moindre résistance ; il est une proie facile pour la contagion tuberculeuse. C'est pourquoi il ne suffit pas de donner du mercure à ce syphilitique débutant ; il est de toute nécessité de le prémunir contre le danger menaçant de tuberculisation ; il importe de lui interdire les contacts prolongés avec les phtisiques et de le placer, d'une façon générale, dans des conditions de parfaite hygiène.

Lorsque la syphilis est ancienne, lorsque l'organisme, profondément ébranlé au début, a fait les frais d'une lutte réactionnelle contre l'infection massive, s'est ressaisi en quelque sorte et a repris l'équilibre normal de ses fonctions, les conditions de réceptivité vis-à-vis de la tuberculose sont différentes. Pourtant la tuberculose est loin d'être rare au cours de la syphilis tertiaire. En dehors des faits de tuberculisation directe, que j'ai envisagés précédemment, il est certain que nombre de sujets, chez lesquels la syphilis semble éteinte depuis longtemps, deviennent tuberculeux. Sans doute, l'alcoolisme n'est pas toujours étranger à la pathogénie de cette tuberculisation ; sans doute, beaucoup d'autres causes favorisantes peuvent intervenir ; mais, assez souvent, il n'existe aucun autre antécédent pathologique que la syphilis, remontant à une date plus ou moins lointaine. En pareil cas, on ne saurait invoquer l'insuffisance de résistance d'un organisme épuisé par une lutte contre une toxi-infection brutale et récente, ainsi

qu'on y est autorisé lorsque la tuberculose survient pendant la période secondaire. Ici, en effet, la syphilis n'est plus en activité et, depuis longtemps, l'organisme a retrouvé son équilibre; cependant, il reste imprégné; cette imprégnation latente, qui crée une sorte d'état réfractaire, d'immunité acquise vis-à-vis des chances de réinfection syphilitique, crée. au contraire, à mon sens, un état de réceptivité toute spéciale vis-à-vis des chances de contamination tuberculeuse; elle est ce que j'appellerai le *terrain syphilitique*, sorte d'état humoral procédant d'une syphilis ancienne et éteinte, et transmissible à la descendance. « Serait-il vrai, écrivait déjà Pidoux, que l'abâtardissement et l'usure de la syphilis soient une cause plus ou moins éloignée de la phtisie? Cela n'est pas douteux et absolument de la même manière qu'elle est une cause de rachitisme, de scrofulisme..... Je ne parle pas en ce moment de la tuberculose syphilitique proprement dite (lisez pneumopathie syphilitique) ni de ces tumeurs qu'on appelle des gommes, dont la structure est si analogue à celle des granulations tuberculeuses. Ces productions sont proprement et spécifiquement syphilitiques; elles font partie des symptômes tertiaires de cette maladie et ne doivent pas être confondues avec la tuberculose commune, qui constitue la phtisie. Lorsque celle-ci se développe comme conséquence de la syphilis, c'est d'une manière si éloignée et si indirecte, qu'elle n'a plus rien de commun avec elle. *Mais, ce qui est certain, c'est que la syphilis est une source incontestable de la dégénération de l'espèce, et une source non moins incontestable de phtisie.* »

A cet égard, il est intéressant de constater, ainsi que me le faisait remarquer récemment mon ami Mirallié, professeur à l'école de Médecine de Nantes, que la tuberculose est extrêmement fréquente chez les tabétiques alors

qu'elle est exceptionnelle chez les malades atteints de maladies nerveuses chroniques indépendantes de toute étiologie syphilitique ou parasyphilitique.

B. — **Le terrain syphilitique et sa transmission héréditaire.**

Prédisposition des enfants des syphilitiques à la phtisie et aux tuberculoses locales. — Hérédo-syphilis, « scrofulate de vérole » et scrofule.

La prédisposition à la tuberculose, engendrée par la syphilis, ne reste pas limitée à l'individu ; elle s'étend à sa descendance.

Les recherches du Pr Fournier ont puissamment contribué à vulgariser la notion de l'hérédité syphilitique et à en étendre le domaine. Elles nous ont montré qu'à côté de l'hérédo-syphilis proprement dite, précoce ou tardive, il fallait faire une large place aux tares dystrophiques, qui, pour être exemptes de manifestations syphilitiques réelles et communes, n'en procèdent pas moins de la syphilis. Elles font des enfants du syphilitique des êtres dégénérés, au développement incomplet ou retardé, chétifs et malingres, qui entrent dans la vie, désignés, en quelque sorte, par la faiblesse de leur constitution, aux coups de la maladie. La tuberculose les guette. Sans hériter du virus syphilitique, ils héritent du *terrain syphilitique*, terrain éminemment propice à la genèse et à l'évolution de la tuberculose.

Je crois, pour ma part, que cette notion du terrain syphilitique est des plus importantes et qu'elle domine la pathogénie de bon nombre des manifestations de la tuberculose.

Je ne me dissimule nullement que ma thèse pourra paraître hardie, qu'elle semblera réactionnaire ou révolu-

tionnaire suivant le sens que chacun attachera à ces mots ; mais elle repose sur une conviction profonde, basée sur des faits cliniques incontestables ; je la considère comme l'expression d'une vérité pathologique dont je vais m'attacher à préciser les termes.

J'estime qu'en matière de syphiligraphie nous négligeons trop la notion de terrain. Déjà, sans doute, nous avons vu naître, avec la parasyphilis du professeur Fournier ([1]), la première manifestation de cette idée ; nous avons appris à rattacher à la syphilis des maladies, des lésions, telles que le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie buccale, qui « pour être issues de la syphilis comme origine, n'ont cependant plus rien de syphilitique comme nature ». Mais cette conception envisage surtout des lésions inflammatoires organisées, qu'elle considère comme des localisations d'une sorte d'étape quaternaire de la syphilis ; elle suppose, à la vérité, l'existence d'une imprégnation persistante et indélébile de l'organisme par le virus syphilitique, vieilli et atténué plus ou moins ; mais elle ne franchit pas les limites de cette constatation.

Or, dans ma pensée, cette imprégnation syphilitique persiste dans la syphilis acquise, alors même que tout retour de manifestations locales indiquant l'état d'activité de la toxi-infection a disparu depuis longtemps ; elle demeure à l'état de modification humorale rendant l'individu réfractaire à une nouvelle contamination ; *la syphilis a créé un terrain spécial et ce terrain est transmissible à la descendance au même titre que l'est la syphilisation.* En d'autres termes, lorsque la procréation s'accomplit dans les périodes d'activité de la syphilis, l'enfant naît ou peut naître syphilitique ; lorsqu'elle ne s'accomplit qu'aux

([1]) FOURNIER. *Les affections parasyphilitiques*, 1894.

périodes d'extinction de la virulence, l'enfant n'hérite que de cet état humoral spécial qui constitue ce que j'appelle le terrain syphilitique. Ainsi, l'hérédité syphilitique se manifeste sous deux formes : l'hérédité *complète* (virus et terrain) et l'hérédité *incomplète* (terrain) (1).

Il pourrait paraître logique de déduire que l'hérédité de terrain, ainsi comprise, comporte la transmission de l'immunité acquise par le générateur. Le fait est possible et je ne suis pas éloigné de penser que certains individus bénéficient, par là même, d'un état réfractaire qui explique l'impunité des trop nombreuses chances de contamination vénérienne auxquelles ils s'exposent. Mais, si cette immunité héréditaire est possible, elle n'est ni constante, ni certaine, car tous les médecins ont vu des fils de syphilitiques devenir syphilitiques eux-mêmes. Pour ma part, je pourrais en citer cinq exemples probants. L'immunité acquise n'est jamais que plus ou moins durable, en effet.

Quoi qu'il en soit, la notion de l'hérédité de terrain, en matière de syphiligraphie, ne saurait, à mon sens, être négligée dans l'étude des rapports de la syphilis et de la tuberculose. Elle permet de concevoir pourquoi les enfants des syphilitiques présentent une prédisposition toute spéciale à la phtisie en même temps qu'elle resserre les liens qui unissent indiscutablement l'hérédo-syphilis à la scrofule et aux tuberculoses locales.

1° — *Prédisposition des enfants des syphilitiques à la phtisie.*

La prédisposition des enfants des syphilitiques à la phtisie n'est ordinairement pas fatale ; elle suppose la

(1) Cette distinction ne diffère en rien, en somme, de celle que M. Gastou a proposée depuis, entre la *syphilis héréditaire* et l'*hérédité syphilitique* (Rapport au *XVe Congrès international de médecine*, Lisbonne, 1906).

transmission héréditaire d'une faiblesse de constitution spéciale, inhérente au terrain syphilitique; or, beaucoup d'enfants issus de parents syphilitiques sont parfaitement robustes; il est permis de penser que le degré de prédisposition est en raison inverse, dans la majorité des cas tout au moins, de la rigueur et de la durée du traitement spécifique auquel se sont soumis les parents.

D'autre part, il est clair que la réalité de cette prédisposition à la phtisie ne pourra être démontrée définitivement que par la recherche systématique de la syphilis dans le passé pathologique des ascendants des tuberculeux. Or, cette recherche est des plus délicates et ne peut être poursuivie que dans des circonstances particulières; il est rare, en effet, qu'on puisse demander à un malade si son père a eu la vérole; il est plus exceptionnel encore que le malade puisse répondre à la question. Pour que l'enquête soit réalisable, il faut qu'elle soit discrète et sûre à la fois; ces deux conditions se trouvent réunies lorsque le médecin est en même temps le médecin des parents et des enfants. Ainsi se trouve supprimée la formalité, quelque peu blessante, d'un interrogatoire condamné par avance à l'inutilité; les faits parlent d'eux-mêmes. Pour ma part, les observations que j'ai recueillies m'ont amené à la conception que je soutiens actuellement : chaque fois que j'ai pu rechercher la syphilis dans les antécédents héréditaires des tuberculeux, je l'ai trouvée chez l'un des ascendants, le père en général. Je parle ici, bien entendu, des tuberculeux chez lesquels il n'existait pas trace de syphilis acquise.

Je citerai seulement les observations dans lesquelles j'ai moi-même soigné les parents et les enfants.

Une jeune femme d'une trentaine d'années, portant des cicatrices d'écrouelles datant de l'enfance, commença,

il y a huit ans, une tuberculose pulmonaire à marche torpide, aujourd'hui presque complètement éteinte et dont la nature avait été prouvée par la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration; son père, vieillard de soixante-seize ans, avait eu la syphilis à vingt ans; quand je le connus, il était porteur d'une leucoplasie buccale, de cicatrices de gommes et d'une aortite.

Un jeune homme de vingt-deux ans eut, il y a six ans, plusieurs hémoptysies; son sommet droit s'infiltra; à plusieurs reprises, pendant deux ans, il eut des poussées de congestion avec hémoptysies; son expectoration, qui montra pendant longtemps des bacilles de Koch, n'en contient plus depuis un an; son état général s'est amélioré considérablement sous l'influence d'une hygiène sévère et du traitement mercuriel; ses lésions pulmonaires sont en voie de cicatrisation. Or, j'ai soigné et je soigne encore le père de ce jeune homme qui a eu la syphilis dix ans avant son mariage (15 ans avant la naissance de cet enfant); il est artério-scléreux et porte une leucoplasie linguale.

Un ancien syphilitique meurt d'hémorragie cérébrale, il y a trois ans; deux de ses fils avaient succombé à la tuberculose, l'un à dix-neuf ans, des suites d'une pleurésie; l'autre à vingt-un ans, d'une phtisie galopante.

Un jeune homme de vingt ans est atteint de pleurésie droite et présente, pendant deux ans, des signes non douteux d'induration du sommet, accompagnés de poussées fébriles, d'expectoration muco-purulente contenant quelques rares bacilles de Koch; son père, alors âgé de soixante ans, avait eu la syphilis à dix-huit ans.

Voici donc 5 cas non douteux de tuberculose pulmonaire évoluant chez 5 descendants de syphilitiques. Si j'ajoute que, dans tous les autres cas de tuberculose que

j'ai eu l'occasion d'observer, *chez des sujets qui n'avaient pas contracté la syphilis*, je n'ai pu rechercher moi-même les traces de la syphilis chez les générateurs, je me vois amené à constater que, dans les 5 cas où cette recherche fut possible, elle donna 5 fois un résultat positif, alors que, dans aucun de ces 5 cas cependant, le malade ne présentait le moindre stigmate d'hérédo-syphilis.

Je n'ai nullement la prétention de soutenir que la tuberculose nécessite, pour sa germination, l'existence d'un terrain syphilitique transmis héréditairement : une pareille proposition serait contraire à la saine raison, puisque, entre autres objections, je viens d'insister sur le rôle important de la syphilis acquise comme facteur étiologique de la tuberculose. Je cherche simplement à montrer que la syphilis n'est pas seulement, pour le syphilitique lui-même, une menace de prédisposition à la phtisie, mais que cette prédisposition se transmet aussi à la descendance, alors même que celle-ci n'hérite que du terrain syphilitique et nullement de la graine qui engendre l'hérédo-syphilis proprement dite, ou, si l'on veut, la syphilis héréditaire.

Je crois même que cette prédisposition peut s'étendre à la femme d'un syphilitique, qui a mis au monde un enfant hérédo-syphilitique, alors même qu'elle n'a présenté aucun stigmate apparent de syphilisation. Je citerai, à cet égard, l'observation suivante. Un homme, syphilitique depuis huit ans, bien traité et n'ayant pas eu d'accidents depuis six ans, épouse une jeune fille très saine et n'ayant aucune tare tuberculeuse. Un enfant naît cinq ans après le mariage; cet enfant, qui a aujourd'hui huit ans, est bien portant, mais il offre certains stigmates d'hérédo-syphilis (dents d'Hutchinson, etc.) ; or, la mère commença, il y a quatre ans (neuf ans après le mariage, quatre ans

après la naissance de l'enfant) une tuberculose pulmonaire qui a suivi depuis une marche progressive; elle n'a présenté, à aucun moment, d'accidents syphilitiques. On peut admettre cependant qu'elle a été syphilisée, étant donné les stigmates d'hérédo-syphilis constatés chez l'enfant, et que c'est à la faveur de cette imprégnation de terrain que la tuberculose, pour laquelle elle n'avait aucune autre prédisposition, a fait son apparition.

2° — *Prédisposition des enfants des syphilitiques aux tuberculoses locales. Hérédo-syphilis, « scrofulate de vérole » et scrofule.*

Si l'hérédité syphilitique prédispose à la phtisie, elle est loin d'être indifférente à l'éclosion des autres tuberculoses et particulièrement de la scrofule. Ici s'ouvre un débat où retentira fatalement l'écho des discussions doctrinales, pas trop anciennes encore, sur les différences de nature et les analogies d'aspect de la syphilis héréditaire et de la scrofule.

Loin de moi la pensée de soulever une réaction contre les idées actuellement reçues et de rénover, sous une forme inverse, l'ancienne confusion en vertu de laquelle la scrofule englobait à son profit la syphilis héréditaire. Je ne puis cependant m'empêcher de constater que la démarcation entre ces deux états morbides est bien souvent factice, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue pathogénique. Entre les cas extrêmes, nettement différenciés, il y a place pour toute une échelle de faits intermédiaires, dont le substratum trouve son expression dans l'ancien « scrofulate de vérole » de Ricord.

Voilà un premier groupe de faits dont l'histoire clinique m'arrêtera longuement dans la suite.

J'entends parler ici, non pas des allures particulières que revêt la syphilis lorsqu'elle survient chez un individu entaché de tuberculose, mais seulement des cas, assez fréquents, où les manifestations de l'hérédo-syphilis s'associent et se combinent avec celles de la scrofule; je n'ai en vue que la variété qu'on pourrait dire *héréditaire* du scrofulate de vérole.

Il est certain, en effet, et bon nombre d'observations en fournissent la preuve irréfutable, que les deux maladies, les deux diathèses, comme on disait autrefois, peuvent évoluer simultanément, soit sous la forme de localisations voisines et distinctes, soit sous la forme de lésions hybrides méritant au plus haut chef la dénomination de scrofulates de vérole.

En pareil cas, on peut admettre que les lésions de la syphilis héréditaire ont ouvert la porte à l'inoculation tuberculeuse; qu'en d'autres termes, la tuberculisation est secondaire à la syphilisation et a suivi, comme chez l'adulte syphilitique, la voie directe.

Il est même très admissible, ainsi que le soutient M. Gallois [1], que la rhino-pharyngite syphilitique ait été l'occasion de l'infection adénoïdienne qui serait à l'origine de la scrofule.

Et ceci me conduit tout naturellement au second groupe de faits que j'ai en vue ici, c'est-à-dire aux manifestations proprement dites de la scrofule.

En effet, à côté des faits du groupe précédent, où se trouvent associées, en proportions variables, les manifestations de la syphilis héréditaire et de la scrofule, réalisant des « scrofulates de vérole », il en est d'autres, et ce sont les plus nombreux, dans lesquels les stigmates de

[1] Gallois, Hérédo-syphilis et scrofule. *Bull. méd.*, 8 avril 1905.

l'hérédo-syphilis font défaut, alors que les manifestations scrofuleuses sont portées à leur maximum.

C'est ici, chez ces enfants de syphilitiques, qu'intervient l'influence pathogénique du *terrain syphilitique*, tel que je l'ai défini. Sans lésion de syphilis héréditaire préalable, lui ouvrant une voie d'accès, le bacille de Koch, à la faveur d'une poussée d'adénoïdite, d'une bronchite, d'une entérite banale, pénètre et, trouvant un terrain propice à sa germination, se fixe sur les ganglions, les os, les articulations, la peau, les muqueuses, voire même le poumon et les viscères. Ainsi devient scrofuleux ou tuberculeux l'enfant non syphilisé, mais « syphiliné » du syphilitique : *la syphilisation du père a préparé le terrain pour la tuberculisation du fils.*

Or, je crois que la scrofule n'a pas, le plus souvent, d'autre pathogénie. Je la considère comme un dérivé de la syphilis, et j'ai la conviction que si nous pouvions, dans tous les cas de scrofule que nous observons, rechercher la syphilis dans le passé des parents, nous la trouverions bien souvent, sinon toujours.

Cette conception pourra paraître à beaucoup de médecins excessive, sinon erronée, je le sais ; on ne manquera pas de m'objecter qu'elle n'est basée que sur des erreurs de diagnostic et que j'ai confondu des lésions scrofuleuses avec des manifestations de syphilis héréditaire tardive. J'ai pris soin de répondre, par avance, à cette objection en donnant un développement en apparence trop étendu à la première partie de cette étude sur la syphilis et la tuberculose ; je ne reviendrai pas ici sur la discussion d'un diagnostic différentiel, dont je me suis efforcé de préciser les éléments ; je me bornerai à rappeler, — et cette opinion ne m'est pas personnelle, elle est aussi celle des maîtres les plus compétents, — que ce diagnostic

différentiel est parfois impossible en dehors des résultats fournis par le traitement d'épreuve.

Si je voulais résumer d'un mot ma pensée, je dirais que la preuve la plus convaincante de l'étroite intimité des rapports de la scrofule et de la syphilis est fournie par le souvenir des luttes qu'il fallut soutenir pour arracher du cadre de la scrofule les manifestations de la syphilis héréditaire tardive. Et voici, qu'à mon sens, se dessine une phase nouvelle qui ne tend à rien moins qu'à faire passer dans le cadre neuf de l'hérédo-syphilis les vestiges de l'ancienne scrofule démembrée.

L'histoire de cette métamorphose nosographique est curieuse et il n'est pas sans intérêt d'en suivre les principales étapes.

Bazin, dont les études sur la scrofule seront toujours consultées avec profit, s'exprime en ces termes [1] : « Beaucoup d'auteurs, et Lugol encore, prétendent que des parents atteints de syphilis peuvent engendrer des enfants scrofuleux. Cette opinion, qui n'est pas nouvelle, puisqu'elle a pour elle l'autorité d'Astruc, de Stoll, de Selle, d'Alibert, n'est pas admise par Baudelocque ; elle ne l'est pas par M. Lebert ; je ne la partage pas non plus. Elle a d'ailleurs contre elle, parmi les anciens auteurs, une liste assez longue de noms respectés, parmi lesquels on peut citer Cullen, Baumes.... Si les parents sont scrofuleux et syphilitiques, ils pourront transmettre à leurs enfants l'une ou l'autre maladie, ou toutes les deux à la fois. Je n'admets pas la dégénérescence ou la transformation de l'une dans l'autre par voie d'hérédité. Baudelocque fait remarquer que certains pays, comme Palerme, offrent beaucoup de syphilitiques et peu de scrofuleux, et que,

(1) Bazin, *Leçons sur la scrofule*, 1861, p. 118.

dans d'autres contrées, la scrofule est très commune et la syphilis rare; que la scrofule a existé de tout temps et que la syphilis ne date que du xve siècle. »

Devergie [1], au contraire, reste imbu de l'idée classique qui faisait, à son époque, de la scrofule un dérivé de la syphilis; il envisage surtout, à la vérité. les faits d'hybridité, dont il paraît avoir été le premier à reconnaître la possibilité : « On sait, dit-il, que plusieurs praticiens pensent que la syphilis constitutionnelle est l'origine de la scrofule et qu'elle se transforme en cette maladie. Nous ne sommes pas aussi explicite à cet égard, mais nous admettons que des parents qui ont eu des accidents syphilitiques dont ils n'ont jamais été parfaitement guéris, au moins quant à la cause première, peuvent transmettre à leurs enfants, d'une part, cette cause, ce virus plus ou moins modifié, et, si le tempérament de l'enfant le dispose à la scrofule, il en résulte une maladie de forme composée dérivant de la scrofule et de la syphilis que nous appelons *scrofulo-syphilide*. Alors apparaissent chez ces enfants, non pas la maladie scrofuleuse avec ses formes simples, puis composées, mais d'une évolution régulière, mais bien des accidents qui ont à la fois un cachet de la scrofule et un cachet de la syphilis, sans que ni l'une ni l'autre soient nettement dessinées au point de pouvoir dire : « c'est de la scrofule ou c'est de la syphilis ». Je donne à ces diverses formes d'accidents composés le nom de scrofulo-syphilides de la peau, et je les signale dans cet ouvrage comme ne rentrant pas complètement dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces affections.... *C'est une transformation par hérédité de la syphilis en la scrofule et à laquelle la syphilis ne reste pas étrangère, de sorte que,*

[1] Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*. Paris, 1834.

si elle n'est pas combattue, on ne détruira pas la maladie. »

J'ai souligné à dessein cette dernière phrase; elle exprime l'idée contenue dans la notion du *terrain syphilitique*, tel que je l'ai défini. Il est intéressant de noter cette argumentation, bien qu'on puisse objecter que Devergie observait à une époque où les manifestations de la syphilis héréditaire tardive étaient encore méconnues et englobées par la scrofule.

« Les rapports de la syphilis héréditaire tardive et de la scrofule, écrit Homolle (1) sont différemment appréciés. Il est impossible de confondre les deux maladies et on n'est pas autorisé, ce me semble, à considérer, d'une manière générale, la scrofule comme un rejeton ou une transformation de la syphilis, ainsi que l'admettent Er. Wilson (1857), et F. Jordan (1867), par exemple; mais on doit reconnaître que la syphilis des parents peut, comme toute cause débilitante, favoriser le développement de la scrofule, chez les enfants.

« C'est l'opinion de Lugol, de Diday, de Graves, de Jaccoud et de Fournier. Hutchinson et J. Paget, pour ne citer que deux autorités, n'admettent pas que la syphilis héréditaire prédispose d'une façon spéciale à la strume ou à la phtisie. *La principale cause d'hésitation dans le jugement à porter sur ces relations pathologiques vient de l'incertitude de nos connaissances sur la scrofule.* »

« Assurément, écrit le Pr Fournier en 1880 (2), il y aurait grande exagération à regarder la scrofule comme une dégénérescence de la syphilis; assurément, ce serait une erreur considérable, au point de vue pathogénique, que d'en faire la subordonnée de la syphilis, que de la consi-

(1) HOMOLLE, art. SYPHILIS du *Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, 1883, p. 883.

(2) FOURNIER, *Syphilis et mariage*, p. 66.

dérer au titre d'une affection syphilitique bâtarde, transformée, métamorphosée. *La scrofule, sans contredit, n'a pas besoin de la syphilis pour exister.* Elle existe par elle seule ou du moins elle est le dérivé de causes qui n'ont que faire du virus syphilitique pour la produire. D'une façon commune, courante, on rencontre des enfants scrofuleux issus de parents qui n'ont jamais présenté le moindre symptôme syphilitique. Mais ce qui, d'autre part, n'est pas moins certain, c'est que *la syphilis constitue*, si vous me pardonnez l'expression, *un des affluents de la scrofule*, en tant que maladie débilitante, anémiante, en tant que maladie appauvrissant l'organisme, détériorant la constitution, ruinant les forces vitales. Elle appelle la scrofule à sa suite, elle y prédispose, à la façon de la misère, de l'alimentation insuffisante, de la captivité, etc., etc.... Et cette action, qu'elle exerce sur la santé des parents, se reflète, se traduit plus tard sur l'enfant, par les manifestations propres au lymphatisme en général et au degré le plus élevé du lymphatisme, c'est-à-dire à la scrofule. »

C'est cette conception de l'éminent maître qui est encore aujourd'hui classique ; et lui-même l'a reproduite, plus récemment, en des termes analogues, où s'ajoute seulement la notion, acquise depuis, du bacille de Koch : « Sans nul doute, la syphilis n'engendre pas le bacille tuberculeux, mais elle lui crée un *terrain propice*, en appauvrissant l'organisme et en diminuant ses forces de résistance à l'invasion microbique. Et elle agit, de la sorte, très vraisemblablement aussi, *non pas en tant que cause spécifique, mais en tant que cause dépressive banale.* » (*Traité de la syphilis*, t. I, p. 257).

Il apparaît bien que l'idée directrice du P[r] Fournier, visant à séparer de la vieille scrofule proprement dite les manifestations de la syphilis héréditaire tardive, ne pouvait

le conduire à considérer la première comme une conséquence de la seconde; il réagit, au contraire, contre les anciennes doctrines qui discutaient sur la transformation possible de la syphilis en scrofule.

Mais si les manifestations de la syphilis héréditaire tardive ou même du tertiarisme syphilitique, considéré en général, doivent être distinguées cliniquement des lésions dites scrofuleuses, et si l'un des grands mérites du Pr Fournier sera toujours d'avoir établi et vulgarisé cette notion, est-ce à dire que la scrofule n'ait avec l'hérédité syphilitique que des relations de banalité?

Si les affections scrofulo tuberculeuses — le mal de Pott, la coxalgie, les écrouelles, voire même le lupus tuberculeux — sont extrêmement fréquentes chez les enfants issus de souche syphilitique, ainsi qu'on l'a remarqué de vieille date; si les syphilitiques donnent si souvent naissance à des enfants tuberculeux, est-ce assez de conclure de ces faits que la syphilis crée un terrain éminemment propice pour la culture du bacille de Koch, en appauvrissant la résistance de l'organisme, au même titre que toute autre maladie générale chronique, anémiante, débilitante? Je ne le pense point et je me suis efforcé de montrer, dans les pages précédentes, qu'à côté de ce mode pathogénique, qui peut être invoqué dans les phases du début de l'infection syphilitique, il fallait faire une large place aux modifications humorales persistantes, transmissibles héréditairement, et constituant le *terrain syphilitique*. Le terrain syphilitique, tel que je le comprends, est autre chose qu'un terrain banal de débilitation; c'est un terrain *spécifique*. Et quand je dis que le terrain syphilitique est un facteur puissant de prédisposition à la phtisie et aux tuberculoses locales, ce n'est pas que j'envisage la *moindre résistance de l'organisme vis-à-vis de l'infection*

bacillaire, mais bien les qualités spécifiques qui font de ce terrain un milieu d'élection pour la germination du bacille tuberculeux.

C'est par des considérations basées sur l'observation clinique et sur les cures si fréquentes produites par le traitement anti-syphilitique, que j'ai ainsi été conduit à remonter le courant des étapes parcourues depuis le démembrement de la scrofule et à revenir, par une autre voie, à la conception ancienne qui faisait de la scrofule un dérivé de la syphilis, ainsi que je l'ai dit au Congrès de la Tuberculose au début d'octobre 1905.

Or, j'ai eu la satisfaction de constater que cette opinion était également celle du professeur Gaucher, qui, quelques jours après, concluait en termes identiques au cours de l'une de ses cliniques [1]. Je ne saurais mieux faire que de transcrire tout le passage relatif à cette intéressante question, car les arguments sur lesquels l'auteur base se conception, constituent un exposé à la fois rapide et clair des derniers travaux sur la scrofule : « La scrofule a été bien démembrée, au point qu'on n'en parlait même plus dans ces derniers temps ; elle était englobée pour une grande part dans la tuberculose locale, pour une part plus petite dans la syphilis héréditaire.

« Il y avait bien quelques manifestations de l'ancienne scrofule qu'on ne pouvait rattacher au bacille de Koch ou à la syphilis héréditaire ; on les avait réunies sous la dénomination vague de lymphatisme. La découverte des végétations adénoïdes par Meyer permit de ressusciter l'ancienne scrofule. Meyer montra que c'était dans ces végétations qu'il fallait chercher le substratum des rhino-pharyngites chroniques, et l'on comprit l'importance de

[1] Gaucher, Diathèses et dermatoses diathésiques. *Gazette des hôpit.*, 9 novembre 1905.

ces végétations quand on vit leur ablation faire disparaître, en même temps, d'autres affections qui faisaient partie de l'ancien complexus scrofuleux, telles, par exemple, que les otorrhées et les adénites cervicales chroniques.

« Ces affections dépendent, en effet, comme l'a montré M. Gallois, de l'infection chronique du rhino-pharynx. C'est dans la cavum et dans les anfractuosités des végétations adénoïdes que germent et que s'accumulent d'abord les microbes de la suppuration. Toutes les anciennes affections scrofuleuses ont une origine suppurative : l'impétigo, l'otite suppurée, la kérato-conjonctivite ont la même origine pyogène que la rhino-pharyngite ; ils lui sont souvent associés et, quelquefois même, ils sont secondaires à l'écoulement nasal de cette rhino-pharyngite et provoqués par lui.

« Il y a plus encore, et nous arrivons maintenant à l'origine de l'altération générale de l'économie qui constitue la scrofule. En dehors des affections locales, que détermine directement et par propagation la suppuration du cavum, les produits de cette suppuration, les toxines microbiennes qu'elle engendre, sont inévitablement résorbés par la muqueuse du rhino-pharynx, absorbés par les lymphatiques, et se répandent dans la circulation et dans tout l'organisme. Il en résulte une sorte d'*imprégnation toxinique* de l'économie qui constitue la scrofule. Celle-ci est une intoxication chronique, d'origine microbienne, dont le point de départ est dans le cavum. En définitive, la scrofule est bien un état constitutionnel, mais c'est une altération constitutionnelle secondaire, ce n'est pas un état morbide primitif ; c'est une *toxi-infection chronique*, ce n'est pas une diathèse ; l'altération humorale qui la constitue n'est pas *endogène*, elle est *exogène*.

« La scrofule dérive donc de l'infection chronique du

rhino-pharynx végétant; mais quelle est la cause primitive de ces végétations du cavum?

« L'histologie nous apprend que ces végétations sont formées de tissu réticulé, comme l'amygdale, dont l'hypertrophie et l'inflammation chronique accompagnent si souvent les végétations adénoïdes.

« Elles sont formées de tissu réticulé comme l'appendice cæcal, et un médecin distingué, le Dr Delacour, a montré la coexistence fréquente, soit chez le même enfant, soit dans la même famille, des végétations adénoïdes et de l'appendicite.

« Il est donc permis, *a priori*, d'admettre que l'hypertrophie, l'altération et l'inflammation chronique du tissu réticulé de l'appendice reconnaissent sans doute la même cause que l'hypertrophie du tissu réticulé du cavum.

« Cette cause commune, je n'hésite pas à le dire, d'après des observations très nombreuses, cette cause est très souvent *l'hérédité syphilitique et quelquefois l'hérédité syphilitique lointaine des grands parents.* Mon opinion n'a fait que se confirmer sur l'origine syphilitique de l'appendicite; je crois également que les végétations adénoïdes ont souvent la même cause.

« Je ne dis pas, je n'ai jamais dit, et je ne pouvais pas dire que l'appendicite est toujours une dépendance de la syphilis. Je ne dis pas davantage que les végétations adénoïdes sont toujours liées à une affection syphilitique atténuée. L'expérience d'un seul homme ne peut suffire pour établir et justifier une telle affirmation.

« J'ai dit seulement et je répète que, d'après ce que j'ai vu, l'appendicite, et particulièrement l'appendicite familiale, m'a semblé être une conséquence très fréquente de la syphilis acquise et surtout de la syphilis héréditaire et que, dans les antécédents des malades atteints d'appen-

dicite, on trouve très souvent la syphilis. Je dis également que les enfants atteints de végétations adénoïdes sont généralement des descendants de syphilitiques.

« On m'a objecté, à propos de l'appendicite, et l'on m'objectera à propos des végétations adénoïdes, que la syphilis est très fréquente, qu'elle existe dans beaucoup de familles et que c'est pourquoi je la trouve si souvent. C'est précisément parce que la syphilis, qui est un produit de la civilisation, devient de plus en plus fréquente, qu'on observe aujourd'hui si communément l'appendicite et les végétations adénoïdes (¹).

« Récapitulons les notions précédentes : la scrofule est une toxi-infection chronique dérivant de la suppuration du cavum. Cette suppuration provient des végétations adénoïdes ; celles-ci ont une origine syphilitique plus ou moins lointaine, de sorte qu'en définitive, *la scrofule est une dépendance de l'hérédo-syphilis* ; *la condition essentielle et primordiale de la scrofule est une syphilisation héréditaire.* »

Evidemment, si cette conclusion est identique à celle à laquelle je suis arrivé moi-même, il n'en est pas moins vrai qu'elle procède d'une argumentation différente et qu'elle ne paraît pas, *a priori*, s'adapter aux mêmes faits pathologiques, puisque dans la conception actuelle du professeur Gaucher, le terme « scrofule » a une signification beaucoup plus restreinte que celle sous laquelle je n'ai cessé de l'employer depuis le début de cette étude. Sans discuter au fond la théorie proposée par M. Gallois, je crois, cependant, que, telle qu'elle est acceptée par le professeur Gaucher, elle n'est pas incompatible avec l'interprétation des faits que j'ai en vue, c'est-à-dire des

(¹) Je ferai remarquer en passant que la même réflexion s'applique à l'extension de la tuberculose.

lésions dites scrofuleuses dans la nomenclature ancienne.

Je veux bien admettre que la scrofule est démembrée, qu'il faut en retrancher les tuberculoses locales, de même qu'on en a déjà distingué les manifestations de la syphilis héréditaire tardive ; ce n'est là qu'une question de terminologie, sur laquelle il suffit de s'entendre ; alors, je dirai que chaque fois que j'ai employé le mot « scrofule » j'ai eu en vue une maladie de nature tuberculeuse, et que, pour moi, la plupart des lésions dites *scrofuleuses* ne sont que des lésions tuberculeuses présentant une évolution spéciale, atténuée, torpide, tendant aux localisations. D'ailleurs, il me paraît difficile d'établir entre cet ordre de lésions et la scrofule, telle que la conçoit M. Gallois, une démarcation rigoureusement tranchée ; je crois que dans la majorité des cas, sinon toujours, cette scrofule ne tarde pas à se compliquer de tuberculose et que la *scrofulo-tuberculose*, ainsi réalisée, n'est autre chose que le type achevé de lésions d'abord purement scrofuleuses, si l'on tient au mot. A cet égard, je souscrirai plus volontiers à la conception de M. Gastou [1] pour qui l'histoire de la scrofule se résume dans les termes suivants : infection simple au début ; infection polymicrobienne dans le cours de son évolution ; infection spécifique par le bacille de Koch, plus ou moins rapidement et presque toujours vers la fin.

Cette discussion critique ne m'éloigne nullement de mon sujet. Bien au contraire, j'estime que dans leurs variantes, ces théories reposent sur un fond commun, qu'elles ne s'excluent pas, mais se complètent, et qu'elles constituent, à proprement parler, des arguments favorables à ma

[1] GASTOU, *La scrofule*, 1906.

propre conception, puisqu'elles tendent à établir: d'une part, que la scrofule n'est que le prélude de la scrofulo-tuberculose; d'autre part que « la condition essentielle et primordiale de la scrofule est une syphilisation héréditaire », ce qui revient à dire, ainsi que je le prétends, que « nombre de manifestations tuberculeuses, et particulièrement la scrofule, ne se développent le plus souvent qu'à la faveur du terrain syphilitique ».

Nature des rapports qui unissent la tuberculose à la syphilis.

J'ai la conviction, ai-je dit, que la syphilisation crée un terrain d'élection pour la tuberculisation ... que la syphilisation du père prépare le terrain pour la tuberculisation du fils ... que si nous pouvions, dans tous les cas de scrofule que nous observons, rechercher la syphilis dans le passé des parents, nous la trouverions bien souvent, sinon toujours....

Ces trois propositions résument, en somme, l'idée générale que je me fais des rapports étiologiques de la syphilis et de la tuberculose.

Est-ce à dire, comme l'ont soutenu jadis certains médecins, que la scrofule, que la tuberculose ne sont que des formes cliniques, abâtardies, de la syphilis, que syphilis et tuberculose ne sont qu'une même maladie? Est-ce à dire que « la tuberculose n'est qu'une syphilis tertiaire », ainsi que l'a prétendu récemment le Dr Correia Dias, de Lisbonne (1)?

Les arguments qu'invoque cet auteur à l'appui de sa conception sont, en réalité, d'ordre purement théorique et ne reposent que sur une dialectique hypothétique. Bien

(1) Dias, *Syphilis et tuberculose*. Lisbonne, 1904.

plus, ils font état de constatations dont une observation clinique suffisamment rigoureuse et prolongée ne tarde pas à faire justice ; ainsi, contrairement à l'opinion de ce médecin, il n'est pas rare de voir un tuberculeux contracter la syphilis ou un syphilitique en pleine période d'invasion présenter des signes de tuberculose ; il n'est pas rare, bien au contraire, d'observer l'association des deux maladies sur le même sujet.

Je crois qu'il convient, avant tout, de savoir distinguer les manifestations tertiaires de la syphilis de certaines localisations tuberculeuses, lorsqu'on veut discuter les rapports de la syphilis et de la tuberculose ; et c'est pourquoi, pour ma part, j'ai pris soin d'étudier longuement, au préalable, les éléments d'un diagnostic différentiel dont la difficulté est parfois considérable.

D'ailleurs, les toutes récentes recherches sur le parasite de la syphilis apportent une démonstration nouvelle des différences de nature qui la séparent de la tuberculose, et il faudrait pousser bien loin la foi dans les doctrines en vogue pour admettre que le bacille de Koch n'est qu'une forme évolutive de la spirochœte pallida ; il faudrait se contenter d'arguments bien précaires pour admettre que le bacille de Koch représente précisément la forme encore indéterminée sous laquelle se dissimule dans les lésions tertiaires le germe de la syphilis [1].

[1] A cet égard, il est curieux de noter, en passant, la communication de M. R. Kraus à la *Société des médecins de Vienne*, oct. 1905.— L'auteur présente quelques singes auxquels il a inoculé, par scarification de la peau, des matières tuberculeuses provenant d'un macaque. Ce dernier, à la suite d'une inoculation syphilitique ayant déterminé un chancre, eut une éruption pustuleuse dont la nature parut douteuse. L'auteur fit alors des inoculations en séries. Ces dernières donnèrent lieu, au bout de quelques jours, à une infiltration locale, et plus tard à des nodules analogues macroscopiquement à des chancres syphilitiques, mais offrant, à l'examen histologique, la structure d'une tuberculose typique de la peau, avec bacilles de Koch; l'inoculation de ces nodules pro-

Pour moi, je préfère m'en tenir aux faits cliniques; c'est sur l'observation médicale que je base ma conception des rapports étroits qui unissent la syphilis et la tuberculose.

Je pense que la syphilis et la tuberculose sont deux infections nettement différenciées; qu'il ne suffit pas d'être syphilitique pour devenir tuberculeux, mais que le fait d'être syphilitique prédispose à devenir tuberculeux; que cette prédisposition se transmet héréditairement et qu'elle a son origine dans une aptitude spéciale du terrain syphilitique à favoriser la germination du bacille de Koch. Je pense que si la tuberculisation est souvent l'aboutissant de la syphilisation, ce n'est pas parce que la tuberculose est une manifestation tardive de la syphilis, mais parce que la syphilis prépare le terrain pour la graine de la tuberculose. Je pense que l'hérédité syphilitique a ses degrés; qu'à côté de la transmission héréditaire de la syphilisation, qu'à côté de l'hérédo syphilis, il y a la transmission simple du terrain syphilitique, *puissant facteur de tuberculisation. Je pense enfin que nombre de manifestations tuberculeuses, et particulièrement la scrofulo-tuberculose, ne se développent le plus souvent qu'à la faveur du terrain syphilitique et j'en veux pour preuves les cures si fréquentes obtenues par le traitement antisyphilitique.*

Ces idées, je les ai exprimées, en ces termes, au congrès de la tuberculose, en octobre 1905. Au même congrès, le Dr Nicolas de Dominicis (de Naples) avait fait annoncer une communication ayant pour titre « Syphilis et tuberculose » et dont j'attendais la discussion avec intérêt. La communication ne fut pas faite, mais l'auteur envoya une note, qui parut récemment dans le volume du

voqua du reste chez des cobayes une tuberculose bien caractérisée. Jusqu'ici on n'était pas parvenu à reproduire expérimentalement la tuberculose de la peau.

congrès ([1]), et que je n'hésite pas à reproduire ici, car j'y trouve la confirmation de mes vues personnelles, en ce qui concerne tout au moins les relations étiologiques de la syphilis et de la tuberculose.

« Je n'ai pas la prétention, écrit cet auteur, de me donner pour un syphiligraphe ; mais, convaincu par la pratique que la syphilis, telle qu'elle se présente aux syphiligraphes, est bien différente de celle qui se présente aux médecins en général, chez les adultes, ainsi que chez les enfants, j'ai cru bon de communiquer le résultat de mes observations, quelle que soit leur importance.

« Désormais, en approchant du lit des malades, on doit être prévenu que la syphilis, maintes fois latente, est le substratum de la plus grande partie des maladies. Surtout le rachitisme et la tuberculose, de préférence chez les enfants, sont cultivés sur un terrain syphilitique.

« Nous espérons que la découverte de Schaudinn et Hoffmann nous donnera des renseignements précis à ce propos; mais, en attendant, il est certain que dans la recherche des antécédents des enfants rachitiques et tuberculeux, on trouve ordinairement matière à présumer une hérédité syphilitique.

« Une telle présomption dans beaucoup de cas a été confirmée par les effets immédiats d'un traitement hydrargyrique.

« Même chez les adultes, on rencontre un nombre bien considérable de jeunes gens robustes, qui, sans antécédents héréditaires tuberculeux, deviennent poitrinaires à la suite d'une syphilis non soignée.

« Plusieurs de ceux-ci ont bénéficié sensiblement et

([1]) De Dominicis, Syphilis et tuberculose. Le traitement hydrargyrique des nourrissons et des enfants. Prophylaxie de la tuberculose. *Congrès de la tuberculose*. Paris, 1905, t. I, p. 538.

immédiatement d'un traitement hydrargyrique, jusqu'à guérison complète.

« L'allaitement par des nourrices, bien des fois, donne la syphilis, laquelle est souvent cachée sous l'apparence de l'embonpoint.

« C'est à la suite de ces faits et par ces considérations que je crois opportun que, chez les enfants, sauf exception, on pratique de bonne heure un traitement hydrargyrique, en surveillant la tolérance.

« Ce traitement devrait être appliqué, même aux mères qui ont été enceintes de fils syphilitiques *ex patre*.

« Je suis convaincu, par ma pratique, qu'avec cette méthode, on obtiendrait un traitement efficace direct du rachitisme et prophylactique de la tuberculose. »

II

Modes d'association de la syphilis et de la tuberculose.

« La syphilis et la scrofule, écrivait Bazin en 1861 ([1]), sont deux maladies essentiellement différentes. C'est par erreur que certains auteurs ont dit que, quand la scrofule venait à se compliquer de syphilis, il y avait association, en quelque sorte mariage ou fusion des deux maladies, pour produire des phénomènes particuliers, de la même manière qu'un acide et une base forment un sel dont les propriétés diffèrent de celles des corps composants. La syphilis et la scrofule qui se rencontrent sur un même sujet marchent isolées, conservant chacune la physio-

([1]) Bazin, *Leçons sur la scrofule*, p. 115.

nomie que lui imprime sa spécificité, ou du moins, si elles s'influencent, ce n'est que très légèrement. Ainsi, il peut arriver que, quand l'une des deux a une très faible intensité, la plus forte fasse taire la plus faible; mais alors, quand celle qui prédomine a été guérie, l'autre reparaît et reprend son cours. Du reste, quand je rencontre la syphilis et la scrofule chez un même individu, je guéris d'abord la première, et c'est seulement quand elle a complètement disparu que je m'occupe de la scrofule. »

Si j'ai tenu à rappeler au début de ce chapitre l'opinion de ce maître clinicien, ce n'est point parce qu'elle doit être aujourd'hui encore considérée comme rigoureusement exacte, mais bien parce qu'elle envisage, en termes précis, les deux modes d'association sous lesquels peuvent se grouper la syphilis et la tuberculose, à savoir : la fusion intime sur le même point, c'est-à-dire l'*association de lésions*, — ou l'évolution parallèle, avec retentissement réciproque plus ou moins intense, c'est-à-dire l'*association de terrains*.

Bien souvent déjà, dans le courant de cette étude, et notamment dans le chapitre précédent, j'ai fait allusion à ces deux modes d'association; mais je me suis borné à les énoncer en termes vagues. Le moment est venu d'en préciser les caractères distinctifs. A maintes reprises, j'ai parlé du « scrofulate de vérole » de Ricord. N'est-ce pas lui qui est désigné dans les lignes que je viens de citer? Devons-nous conclure que Ricord donnait à cette dénomination le sens rigoureusment étroit qui s'attache à l'image qu'elle évoque? Considérait-il l'association de la syphilis et de la tuberculose à la manière de la combinaison « d'un acide et d'une base formant un sel »? Nullement; il est aisé de reconnaître que Ricord entendait dépeindre par là les allures particulières des manifesta-

tions syphilitiques chez les scrofuleux, et notamment l'intensité et la forme spéciales des réactions ganglionnaires survenant, à l'occasion de la syphilis, chez les sujets antérieurement scrofuleux, ou la dégénérescence scrofuleuse des adénites syphilitiques chez les individus lymphatiques et prédisposés. Il n'avait point en vue, au sens vrai des mots, la combinaison de lésions réunies sur le même point, mais simplement le retentissement que les deux maladies exercent l'une sur l'autre, c'est-à-dire les conséquences d'une association de terrains. En cela, d'ailleurs, il partageait l'opinion commune à la généralité des médecins de son époque, opinion que Lugol exprimait en ces termes : « ... Ces deux maladies réunies semblent recevoir mutuellement une nouvelle force de cette association; elles forment ensemble un *état mixte* qui jette dans l'économie des racines encore plus profondes que chacune des maladies dont il est composé.... Cet état présente, d'ailleurs, un aspect qui révèle aussitôt sa double origine. Pour le praticien exercé, ce n'est ni la scrofule, ni la syphilis, mais bien ces deux maladies compliquées réciproquement l'une par l'autre [1]. »

C'est cette même idée que Guibout précisait trente ans plus tard : « Il y a entre la diathèse scrofuleuse et la diathèse syphilitique une sorte de pernicieuse affinité en vertu de laquelle, quand une fois ces deux diathèses se sont rencontrées, il devient très difficile de les séparer. La scrofule donne à la syphilis des allures essentiellement immobiles, torpides, réfractaires à tout traitement [2]. »

Cependant, si l'idée de l'influence réciproque qu'exer-

[1] Lugol, *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*. Paris, 1844.

[2] Guibout, *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*. Paris, 1876.

cent l'une sur l'autre les deux maladies est surtout celle qui semble avoir dirigé les vues doctrinales de ces auteurs, il n'en est pas moins vrai que leurs écrits et leur enseignement mettent en évidence les caractères bien particuliers de leurs associations locales, et laissent déjà entrevoir la possibilité d'un « *état mixte* », qui n'est pas, en réalité, fort distant de ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de *lésion hybride*. Qu'il nous suffise, à cet égard, de rappeler que Devergie semble avoir très nettement interprété ainsi les faits de ce genre, lorsqu'il créa pour eux la dénomination de « scrofulo-syphilides » (voir page 80). Il est vrai qu'on peut objecter que ce médecin s'en est laissé imposer par des cas de syphilis héréditaire tardive, dont l'existence n'était pas soupçonnée à son époque. Quoi qu'il en soit, il est intéressant de constater, ainsi que nous le verrons bientôt, que, cinquante ans plus tard, le professeur Fournier qui, lui, ne peut être accusé d'ignorer la syphilis héréditaire tardive, proposa, à son tour, la même dénomination pour définir les manifestations de « *l'hybridité syphilo-strumeuse* ».

Je crois, pour ma part, qu'il est bien difficile d'établir une démarcation absolument tranchée entre les deux modes d'association. Il existe, incontestablement, des faits où les deux maladies fusionnent, en quelque sorte, sur le même point, engendrant ainsi un produit hybride, une lésion mixte; mais, même dans ces cas, il n'est pas douteux que les lésions propres à chacune d'elles conservent leurs caractères spécifiques; il n'y a pas production d'une maladie nouvelle; *il n'y a pas, à proprement parler, combinaison* « à la manière d'un acide et d'une base formant un sel dont les propriétés diffèrent de celles des corps composants »; *il y a juxtaposition*; il y a, tout au plus, si l'on veut, *intrication*. C'est avec ces restrictions,

avec ce sens limité, qu'on peut admettre l'existence de lésions hybrides de syphilis et de tuberculose. Si bien que, en réalité, quelles que soient les apparences extérieures, les allures objectives que prend l'association de la syphilis et de la tuberculose, suivant que ces deux maladies réunissent leurs manifestations sur un même point, ou qu'elles frappent isolément des organes différents, l'interprétation doctrinale des faits paraît devoir être cherchée toujours dans les modifications de terrain produites dans l'organisme par cette symbiose pathologique : *il n'y a jamais, en d'autres termes, hybridité de lésions, mais seulement et toujours hybridité de terrains, avec intrication ou juxtaposition plus ou moins étroite ou lointaine de lésions*. C'est ce que nous verrons en étudiant l'hybridité la mieux connue de syphilis et de tuberculose, c'est-à-dire l'hybridité de lupus et de syphilides. D'où il résulte, en définitive, que l'histoire clinique de l'association de la syphilis et de la tuberculose se résume dans l'étude des diverses lésions qu'on peut observer sur ce que j'appellerai le *terrain syphilo-tuberculeux*.

C'est pourquoi je ne suivrai pas une division toute théorique, reposant sur la notion parfois hypothétique d'hybridité ou de non-hybridité de lésions et aboutissant à décrire d'abord les manifestations associées sur le même point, tels les hybrides de syphilis et de lupus, et ensuite les effets généraux de la répercussion respective et à distance des deux maladies, tels les caractères particuliers des réactions ganglionnaires des scrofuleux syphilisés, par exemple. Outre qu'une semblable nomenclature serait quelque peu confuse, elle risquerait fort d'être inexacte bien souvent; car, pour ne parler que des adénopathies syphilo-strumeuses, rien n'autorise à les considérer comme étant toujours, ou jamais, le résultat d'une hybri-

dité de lésions, tandis qu'elles relèvent, dans tous les cas et sans aucun doute, d'une hybridité de terrains.

Je m'en tiendrai à la classification vraiment clinique, et je passerai successivement en revue les types principaux des diverses lésions qu'on peut observer sur le terrain syphilo-tuberculeux; dans un premier chapitre je décrirai les manifestions locales ou plutôt périphériques à type de scrofule ou de tuberculoses locales, auxquelles conviendrait à merveille la dénomination de « scrofulates de vérole »; dans un second chapitre je chercherai à préciser les symptômes et les caractères des manifestations viscérales, ce qui revient à dire que j'étudierai la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, le poumon étant, en réalité, le seul viscère pour lequel l'histoire clinique de l'association syphilis et tuberculose présente une importance pratique. Cette classification aura l'avantage d'être calquée sur celle que j'ai adoptée dans la première partie, pour l'étude du diagnostic différentiel des diverses localisations de la syphilis et de la tuberculose; elle respectera l'harmonie générale de ce travail et maintiendra l'unité de l'idée suivant laquelle je me suis efforcé de le diriger.

1° MANIFESTATIONS LOCALES DE LA SYPHILO-TUBERCULOSE

« Scrofulate de vérole » proprement dit ou syphilo-scrofule.

Dans la première partie de cette étude, lorsque j'ai étudié le diagnostic différentiel des tuberculoses et des syphiloses locales, j'ai été conduit à envisager les cas dans lesquels les deux maladies coexistent chez le même individu; par-là même, chemin faisant, j'ai dû mettre en relief les caractères particuliers que cette association imprime aux diverses déterminations locales ostéo-articu-

laires, ganglionnaires, cutanées et muqueuses ; ce serait donc m'exposer à des répétitions inutiles et fastidieuses que de reprendre à nouveau l'histoire clinique de chacune des localisations possibles de la syphilo-scrofule.

Mais ce qui est nécessaire, c'est de réunir maintenant toutes les considérations éparses dans les chapitres précédents, et de les grouper de manière à définir, dans une description d'ensemble, les caractères généraux de cette hybridité pathologique dans ses deux modes principaux : la coexistence générale avec ou sans lésions simultanées siégeant en des points différents et la juxtaposition locale au sein du même infiltrat. De ce second mode d'association qui constitue l'hybridité vraie des auteurs les plus récents, je n'ai point encore eu l'occasion de fournir des exemples probants; or, la localisation la plus évidente et la mieux étudiée siège précisément sur la peau; c'est l'hybride de syphilis et de lupus; elle trouvera donc tout naturellement sa place dans cette étude des manifestations locales de la syphilo-tuberculose et me servira de type anatomo-clinique.

Mais, voyons tout d'abord quelles sont les particularités cliniques du premier mode d'association. En d'autres termes, étudions les caractères généraux de la syphilo-scrofule.

A. — **La syphilo-scrofule considérée en général.**

Ce que j'ai dit, à maintes reprises déjà, n'a pu manquer de mettre en relief l'importance du retentissement qu'exercent l'une sur l'autre la syphilis et la scrofule. J'ai longuement insisté sur le rôle capital que joue la syphilis et notamment la syphilis héréditaire dans l'étiologie de la

scrofulo-tuberculose et je n'ai pas craint de conclure que, pour moi, la scrofulo-tuberculose n'était, dans la majorité des cas, qu'un dérivé de la syphilis.

Sans prétendre à établir, cependant, une sorte de synonymie et d'équivalence absolues entre les deux termes et les deux états morbides « scrofulo-tuberculose » et « syphilo-scrofule », on ne peut tout au moins méconnaître que le tableau clinique des symptômes et accidents de l'une se confond singulièrement avec celui des manifestations de l'autre. Et de fait, ainsi que je n'ai cessé de le souligner chaque fois que l'occasion s'en offrait, lorsque la syphilis revêt les allures de la scrofule, c'est-à-dire lorsqu'elle s'accompagne de localisations torpides sur les os, les articulations, les ganglions, les muqueuses et la peau, il est presque impossible de la distinguer, en toute certitude, de la scrofulo-tuberculose; seule, l'épreuve d'un traitement mercuriel peut faire cesser le doute. Mais, dans certains cas, ce moyen de diagnostic laisse subsister lui-même quelque hésitation, en raison même des résultats incomplets qu'il fournit. Or, précisément, dans les cas de ce genre, et ils sont nombreux, ces particularités cliniques trouvent leur explication dans ce fait qu'il ne s'agit ni de tuberculose proprement dite, ni de syphilis simple, mais bien de syphilo-scrofule. L'évolution générale des accidents, les caractères particuliers des manifestations locales, pour qui observe avec attention, ont quelque chose d'insolite; ce n'est ni franchement de la syphilis, ni franchement de la tuberculose; c'est quelque chose d'hybride, qui tient de l'une et de l'autre à la fois. Et, en effet, tandis que l'examen bactériologique fait la preuve de la nature tuberculeuse de la totalité des lésions ou de quelques-unes d'entre elles, l'enquête fait découvrir l'existence concomitante de la syphilis. Or, trois conditions peuvent se pré-

senter, suivant que la scrofule se greffe sur une syphilis ancienne, héréditaire ou acquise, suivant qu'elle vient compliquer une syphilis toute récente, suivant enfin qu'elle paraît antérieure à la syphilisation.

1er type. — *Scrofule greffée sur une syphilis ancienne.*

Ou bien il s'agit d'un individu chez lequel la syphilis remonte déjà à de nombreuses années, — ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il s'agit d'un syphilitique héréditaire. Parfois même, en l'absence de tout stigmate évident de syphilis acquise ou d'hérédo-syphilis, il arrivera que le traitement d'épreuve produira un résultat favorable, une amélioration considérable, sinon une guérison complète, chez de tels sujets, certainement tuberculeux d'autre part; en pareil cas, la syphilis, presque toujours héréditaire, était restée ignorée et les accidents avaient été rapportés uniquement à la scrofulo-tuberculose. C'est ici qu'intervient utilement la notion du *terrain syphilitique*, tel que je l'ai défini, et c'est sur ces faits et sur ces considérations que repose en grande partie ma conception des relations étiologiques de la syphilis et de la scrofulo-tuberculose, la preuve étant faite, d'une part par la constatation du bacille de Koch, et d'autre part par les résultats du traitement mercuriel.

J'ai, chemin faisant, dans la première partie de cette étude, rapporté des observations de cet ordre. En voici deux dont je n'ai pas encore fait état et qui peuvent servir de types :

a. Un enfant de huit ans est amené chez moi il y a trois ans par sa mère. Il a toujours été très bien portant jusqu'à l'année précédente. A ce moment, il contracta une bronchite, qui n'a jamais guéri complètement depuis. Il

tousse en quintes, « comme s'il avait la coqueluche ». En même temps, des glandes ont fait leur apparition de chaque côté du cou; elles ont grossi peu à peu et actuellement on constate deux chaînes importantes en arrière du sterno-mastoïdien. Vers le même moment l'enfant commença à ronfler bruyamment en dormant, à tenir constamment la bouche ouverte et à moucher des mucosités purulentes extrêmement abondantes. Cet écoulement nasal détermina une irritation cutanéo-muqueuse des narines et de la lèvre supérieure qui est aujourd'hui épaisse et recouverte de croûtes d'impetigo. Le pharynx est tapissé de traînées purulentes et de croûtes verdâtres; les amygdales sont hypertrophiées et le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, rencontre sans peine un paquet de végétations adénoïdes. Cet enfant présente le facies strumeux le plus caractéristique. Ses dents sont régulièrement implantées et d'aspect normal. Il ne présente aucun des stigmates classiques de l'hérédo-syphilis. Seule, une petite tache laiteuse de la cornée attire mon attention; mais je ne lui accorde aucune valeur absolue. — L'auscultation révèle des signes de bronchite et surtout d'adénopathie trachéo-bronchique.

Ces diverses constatations ne sont pas rares au cours de l'évolution des végétations adénoïdes et je pense, tout d'abord, pouvoir m'en tenir à ce diagnostic et conseiller leur ablation après avoir réalisé une asepsie suffisante du rhino-pharynx et soumis l'enfant pendant quelque temps à la médication iodo-tannique. Un mois après, le père de cet enfant vient avec lui et m'apprend qu'il a eu la syphilis sept ans avant son mariage, mais qu'il n'a jamais eu d'autres accidents que ceux du début; il a deux autres enfants, plus âgés et très bien portants, et sa femme n'a jamais commencé d'autre grossesse. Le petit malade ne va pas mieux; la suppuration du rhino-pharynx, malgré

l'huile résorcinée et mentholée, a plutôt augmenté, ainsi que la toux; les ganglions cervicaux sont plus gros, plus mous et je crains leur suppuration prochaine. En présence de l'aveu du père, et bien que l'enfant ne présente aucun stigmate d'hérédo-syphilis, je décide de recourir au traitement spécifique, mais auparavant je recueille le pus qui tapisse le pharynx pour l'examiner.

Or, à côté de microbes pyogènes de toutes sortes, je pus colorer dans ce muco-pus de nombreux bacilles de Koch; deux cobayes, inoculés dans le péritoine, moururent, un mois après, de tuberculose généralisée. Lorsque je revis l'enfant, six semaines après le début du traitement spécifique, il pouvait être considéré comme guéri; néanmoins, je prescrivis, après un repos de quinze jours, une nouvelle cure identique à la première, mais de trois semaines seulement (une friction mercurielle chaque jour avec 2 grammes d'onguent napolitain, une cuillerée à soupe de sirop iodotannique). Je revis l'enfant, deux mois plus tard; tous les accidents avaient disparu; seules, les amygdales restaient hypertrophiées; une nouvelle prise de mucus pharyngé ne donna que des résultats négatifs.

Voilà une observation où l'hérédo-syphilis se cachait, où elle ne se manifestait que sous les apparences du facies strumeux et de l'adénoïdite. N'est-ce pas là un bel exemple de scrofule développée sur un terrain syphilitique héréditaire? Et n'est-il pas intéressant de constater que la tuberculisation imminente a pu être conjurée grâce à la fermeture de la porte qui lui était ouverte? Je crois que bien souvent c'est ainsi que la syphilis prépare le terrain pour la tuberculose; que nombre d'adénoïdites, de rhino-pharyngites, d'apparence banale, sont d'origine syphilitique, et que la tuberculose à laquelle elles vont servir de support pourrait être évitée si elles étaient com-

battues en temps opportun] par la seule médication dont elles sont justiciables, c'est-à-dire par le mercure et les préparations iodées.

b. En octobre 1904, une jeune fille de 24 ans vient me consulter, amenée par son père, parce qu'elle souffre depuis quelques semaines de maux de tête et d'insomnie qu'elle attribue à l'anémie et qu'elle a combattus sans succès par des préparations martiales. En l'interrogeant, j'apprends qu'elle a eu dans l'enfance des « humeurs froides » ; je constate, en effet, des cicatrices d'écrouelles ainsi que des chaînes de ganglions un peu mous sur les régions latérales du cou ; dans la région sous-hyoïdienne, il existe une large ulcération lupiforme qui, paraît-il, a fait son apparition vers l'âge de 15 ans, s'atténue de temps en temps, mais ne disparaît jamais complètement ; elle est indolente, de couleur cuivrée, les bords sont légèrement polycycliques et plus saillants que le centre, qui ne présente, en aucun point, des traces de cicatrisation spontanée. S'agit-il de lupus ou de syphilide ? Je crois qu'il est impossible de se prononcer sans réserves. Je recherche les stigmates habituels de l'hérédo-syphilis et je n'en trouve aucun. Toutefois, j'ai des doutes et j'interroge le père qui ne fait aucune difficulté pour reconnaître qu'il a eu la syphilis étant jeune homme, qu'il s'est très bien soigné, qu'il s'est marié huit ans après, que sa femme est très bien portante et n'a jamais fait de fausse couche, qu'ils ont deux autres enfants plus jeunes et très bien portants également, et qu'ils n'en ont jamais eu d'autres. Il ajoute que sa fille a toujours été chétive, sans jamais avoir fait de maladies graves ; qu'on lui a toujours dit qu'elle était très lymphatique ; qu'il y a deux ans, elle fut soignée pour un début de tuberculose pulmonaire ; qu'on trouva à ce moment des bacilles de Koch dans ses crachats ; que

deux médecins de l'hôpital Saint-Louis, qu'il consulta récemment, diagnostiquèrent un lupus tuberculeux et proposèrent la cautérisation ; que ce traitement serait commencé très prochainement et qu'il me demandait seulement mon avis sur les maux de tête et les insomnies dont souffrait sa fille. Je me bornai à lui demander si ces deux médecins avaient eu connaissance de l'aveu qu'il venait de me faire. « Certainement non, puisque c'est ma femme qui accompagna ma fille chez eux, et qu'elle n'en a jamais rien su. » Cette réponse fit tomber l'hésitation que j'éprouvais à ne pas partager l'avis de deux spécialistes distingués. J'obtins la promesse qu'un traitement spécifique serait essayé et je prescrivis, pour n'éveiller point les soupçons de la mère, deux cuillerées d'élixir de Dérel chaque jour (soit deux centigrammes de biiodure Hg) et l'application permanente d'emplâtre de Vigo sur l'ulcération.

Trois semaines après, la malade revint chez moi, toujours accompagnée de son père, qui m'annonça, dès son entrée, une grande amélioration. Les maux de tête et l'insomnie avaient disparu ; il n'était plus question d' « anémie » ; quant à la lésion cutanée, elle était considérablement modifiée : beaucoup moins rouge, beaucoup plus sèche, presque complètement cicatrisée au centre, mais toujours active sur les bords, qui, au lieu d'être régulièrement épaissis, formaient une sorte de chapelet de petits tubercules séparés par des intervalles de peau à peu près saine. Je fis continuer le même traitement pendant un mois encore, après un repos de huit jours. — Or, quand je revis la malade, le prétendu lupus tuberculeux était complètement cicatrisé ; mais les chaînes ganglionnaires cervicales persistaient, quoique notablement moins volumineuses et moins ramollies. Quant aux lésions pulmo-

naires j'avais constaté, lors de mon premier examen, une légère obscurité respiratoire du sommet gauche, qui ne subit aucune modification et qui paraissait bien être le reliquat de l'atteinte constatée deux ans auparavant.

Cette observation est un type incontestable de scrofulo-tuberculose greffée sur un terrain syphilitique héréditaire. Les stigmates habituels de l'hérédo-syphilis font défaut; les signes et attributs de la tuberculisation sont évidents; pourtant la syphilis héréditaire est là; elle affirme sa présence par l'apparition tardive d'une manifestation locale à type de lupus, à type de scrofule; et il est intéressant de remarquer que si la tuberculisation s'est développée à la faveur de la syphilis héréditaire, elle a, à son tour, retenti sur celle-ci en imprimant à la localisation spécifique une allure spéciale, torpide, véritablement caractéristique de cette hybridité de terrain.

Les deux observations que je viens de résumer dans leurs traits essentiels sont des exemples probants de scrofulo-tuberculose développée sur un terrain syphilitique héréditairement transmis. Dans le même cadre prennent place les cas où la scrofulo-tuberculose apparaît au cours de la syphilis acquise déjà ancienne. C'est la même pathogénie; c'est la même prédisposition de terrain. Il n'est pas rare de rencontrer des individus chez lesquels la syphilis paraît éteinte, dans ses manifestations spécifiques tout au moins, et qui présentent des lésions tuberculeuses à type de scrofule, tels des écrouelles cervicales, des ostéo-arthrites, des lupus. J'en ai rapporté chemin faisant des exemples, et je n'y reviendrai pas. J'insiste seulement sur l'importance pratique de ces données cliniques; non seulement elles soulèvent la discussion d'un diagnostic différentiel parfois impossible, toujours difficile et délicat; mais elles suscitent également un problème dont la

solution demeure, à mon sens, tout à fait discutable ; si le traitement spécifique, administré à titre d'essai et comme moyen de diagnostic, amène la guérison des lésions de cet ordre chez des individus qui sont à la fois syphilitiques et tuberculeux, s'ensuit-il que ces lésions soient strictement syphilitiques? Ne peut-on admettre que le mercure modifie, chez les syphilitiques, les lésions tuberculeuses dont ils peuvent être atteints? Pour ma part, j'incline à accepter cette manière de voir, et j'estime que tout tuberculeux, tout scrofulo-tuberculeux, s'il est syphilitique, doit, en dehors de quelques exceptions, être soumis au traitement spécifique. — Je reviendrai, d'ailleurs, sur ces considérations, qui feront l'objet d'un chapitre spécial. Si j'ai tenu à les formuler ici, c'est précisément parce que j'ai plusieurs fois constaté la guérison de lésions à type de scrofule, chez de vieux syphilitiques tuberculeux, et que je ne saurais, faute de preuves bactériologiques certaines, dire s'il s'agissait de syphiloses ou de tuberculoses locales chez ces malades. Bien plus, j'ai vu souvent le traitement mercuriel produire une amélioration considérable de manifestations scrofuleuses chez des sujets tuberculeux qui pourtant ne présentaient aucun stigmate d'hérédo-syphilis ni de syphilis acquise. C'est ainsi que je possède plusieurs observations d'adénites cervicales ramollies et même fistuleuses, datant de quelques années ou de quelques mois, évoluant chez de jeunes sujets de douze à vingt-cinq ans, accompagnant des lésions pulmonaires torpides, certifiées tuberculeuses par la présence du bacille de Koch, et très favorablement modifiées par une série suffisamment prolongée d'injections mercurielles solubles (2 centigrammes de benzoate ou de biiodure d'hydrargyre par jour, trente jours consécutifs, à deux ou trois reprises, séparées par des inter-

valles de quinze jours ou trois semaines). Je crois que si ces manifestations scrofulo-tuberculeuses ont été améliorées par le traitement mercuriel, c'est précisément parce qu'elles avaient germé sur un terrain syphilitique ; je trouve, en un mot, que ces cas représentent des exemples typiques de syphilo-scrofule ; que si la syphilis n'y est pas apparente, c'est parce qu'elle n'existe qu'à titre d'imprégnation de terrain héréditairement transmise, et que c'est par là, ainsi que je l'ai déjà dit, que s'ouvre en quelque sorte la barrière qui fait communiquer le champ de la scrofule avec celui de l'hérédo-syphilis.

2e type. — *Scrofule greffée sur une syphilis récente.*

Par le « branle-bas » qu'elle détermine dans l'organisme, la syphilis, agissant, à son début, comme cause de profonde débilitation, diminue, ainsi que nous l'avons vu, la résistance du sujet aux maladies infectieuses et particulièrement à la tuberculose. Celle-ci, trouvant, en quelque sorte, une proie facile, s'installe et vient à son tour aggraver la situation. Soit qu'elle pénètre par les portes que lui ouvrent les lésions cutanées ou muqueuses des périodes initiales ou secondaires, soit qu'elle procède d'une inoculation moins spéciale, il n'est pas rare de la voir se greffer sur les localisations lymphatiques de la première et réaliser le type ganglionnaire du scrofulate de vérole de Ricord, sous la forme de véritables suppurations auxquelles on a donné le nom d'*écrouelles secondaires*. « Il est hors de doute, écrit le Pr Fournier [1], que les adénopathies secondaires syphilo-strumeuses sont

[1] Fournier, Adénopathies secondaires. *Traité de la syphilis*, t. II, p. 552 et suiv.

favorisées dans leur développement par les prédispositions héréditaires ou individuelles, par le tempérament lymphatique ou scrofuleux, au total donc par le terrain sur lequel germe la syphilis. Mais ce qui n'est pas moins certain, ce que démontre également la clinique, c'est que parfois cette forme d'adénopathie se montre, contre toute attente, sur des sujets exempts (en apparence du moins) de toute tare strumeuse et restés indemnes jusqu'alors de toute manifestation tuberculeuse. J'affirme, pour ma part, l'avoir souvent rencontrée en de telles conditions. Il semblerait donc de la sorte que la syphilis peut servir d'incitation, de prétexte à une première éclosion tuberculeuse. Ce fait, au surplus, n'est pas isolé, et nous verrons plus tard que, plus d'une fois, la tuberculose pulmonaire est venue se greffer sur des lésions originairement syphilitiques du poumon. Lorsqu'il nous est donné d'assister *ab ovo ad finem* au développement de lésions *mixtes* de ce genre..., rien de plus simple; mais il en est tout autrement si le médecin n'assiste qu'à la dernière partie de cette évolution morbide ou s'il n'est pas renseigné sur les antécédents spécifiques du malade. Dans ce cas, le caractère *mixte* de la lésion court grand risque de passer inaperçu, et l'on croit avoir affaire simplement à un bubon strumeux.... C'est pour cette raison, sans nul doute, que les adénopathies secondaires de forme strumeuse passent généralement pour beaucoup plus rares qu'elles ne le sont en réalité. Quant au traitement de cette forme spéciale, il va sans dire qu'il doit être *mixte*, c'est-à-dire constitué par la médication antistrumeuse combinée à la médication antisyphilitique. »

Voici, résumée, une observation que j'ai recueillie il y a deux ans, et qui peut être considérée comme un type de syphilo-scrofule greffée sur une syphilis récente :

Une femme de trente-huit ans entre à l'hôpital Laënnec, le 16 septembre 1904. Un an auparavant (septembre 1903), elle eut, à la lèvre supérieure, un bouton dur, non douloureux, « tout rond », recouvert d'une croûte, qui dura près d'un mois et s'accompagna de grosses glandes sous la mâchoire. Actuellement, on voit une cicatrice très régulière, un peu pâle, sans perte de substance. Cette femme ne remarqua dans la suite aucune éruption sur le corps et prétend n'avoir jamais eu mal à la gorge. — Un mois après la cicatrisation de ce bouton, elle éprouva de violentes douleurs dans l'épaule droite, avec irradiations jusqu'au bout des doigts et exacerbation nocturne. Elle alla consulter à l'hôpital Broussais, où on lui fit des pointes de feu sur l'épaule. Cependant, les douleurs augmentèrent; puis, peu à peu, les muscles s'atrophièrent et le bras devint inerte. Actuellement, le bras est complètement inerte et l'atrophie musculaire considérable; les douleurs sont beaucoup moins fortes. Il semble bien qu'il s'agisse d'une névrite du plexus brachial, contemporaine de la période secondaire.

Au mois d'avril dernier, sept mois après le chancre de la lèvre supérieure, apparaît sur la région sterno-mastoïdienne gauche une grosseur, non douloureuse, qui se ramollit bientôt; à Broussais, on pratique une ponction et on retire du pus; puis cette grosseur s'ouvre et ne cesse de suppurer; peu après, et successivement, apparaissent une série de cinq tuméfactions analogues au-dessous de la première, le long du sterno-mastoïdien, et une sixième, dans la région sus-hyoïdienne médiane. Actuellement, toutes ces masses sont ouvertes et fistuleuses, et offrent l'aspect des adénites tuberculeuses. D'autre part, il y a deux mois (en juillet), le lobule du pavillon de l'oreille droite s'est induré à son point d'in-

sertion sur la peau de la région maxillaire, puis une fissure s'est ouverte, qui s'est creusée en profondeur et étalée en surface, sans douleur. Actuellement, tout le lobule est déchiqueté et complètement séparé ; une large ulcération d'aspect cuivré et à bords polycycliques occupe la peau de la région. — Enfin la malade a beaucoup maigri depuis quelques mois, et on constate des signes non douteux de tuberculose du sommet droit avec bacilles de Koch dans les crachats.

Je fais le diagnostic de syphilis méconnue et je rapporte la presque totalité des lésions cutanées et ganglionnaires à la syphilis. Or, le traitement mercuriel amène la cicatrisation de l'ulcération du lobule de l'oreille, mais ne produit qu'une amélioration incomplète des écrouelles et de la névrite brachiale. C'est qu'en effet l'ulcération cutanée était purement syphilitique, tandis que les écrouelles étaient mixtes ; il s'agissait d'adénites syphilo-strumeuses. Quant à la guérison incomplète de la névrite, elle est due, je pense, à son ancienneté.

Cette observation est intéressante, non seulement parce qu'elle représente un type de scrofulo-tuberculose rapidement consécutive à la syphilisation, mais aussi parce qu'elle souligne le rôle que peut jouer à son tour la scrofulo-tuberculose, secondaire à la syphilis, dans l'apparition précoce d'une syphilide tertiaire cutanée. A ce double point de vue cette observation est un bel exemple du retentissement qu'exercent l'une sur l'autre la syphilis et la scrofule ; elle montre bien qu'il n'est ni superflu ni erroné de décrire les manifestations cliniques de la syphilo-scrofule.

3e type. — *Syphilis greffée sur une scrofulo-tuberculose préexistante.*

Lorsque je dis que la scrofulo-tuberculose peut être considérée comme un dérivé plus ou moins lointain de la syphilis, j'envisage la grande majorité des faits et je ne prétends pas qu'il ne puisse exister de scrofulo-tuberculose en dehors du terrain syphilitique. J'ai pris soin de préciser mon opinion et d'indiquer que je n'établissais aucune confusion entre ces deux maladies ; que, pour moi, la syphilis et la scrofulo-tuberculose étaient des affections de nature différente, que la tuberculose n'était en aucune façon une sorte de syphilis tertiaire ou quaternaire. La preuve en est qu'on voit souvent des tuberculeux et particulièrement des scrofulo-tuberculeux contracter la syphilis.

Or, il est intéressant de constater que la syphilis, lorsqu'elle se greffe sur un terrain scrofulo-tuberculeux, revêt le plus souvent, sinon toujours, des allures spéciales; qu'elle affecte avec prédilection des localisations sur lesquelles elle se fixe moins volontiers lorsqu'elle est isolée; qu'en un mot elle emprunte à son associée quelques-uns de ses attributs habituels, et que de cette symbiose, de ce retentissement réciproque, résulte un type clinique bâtard, qui est une nouvelle forme de la syphilo-scrofule. Ici la syphilis est consécutive à la scrofulo-tuberculose, au lieu de la devancer et de la provoquer comme dans les types précédents ; mais, à cette différence de précession se borne, en réalité, la distinction entre les deux variétés; sans compter, d'ailleurs, qu'il est permis de supposer que, bien souvent, la scrofulo-tuberculose ne s'était encore manifestée par aucune localisation apparente, bien évidente, qu'elle n'existait en quelque sorte qu'en puissance, à l'état de

prédisposition, et que la syphilis n'a fait qu'éveiller une tuberculose latente. Si bien qu'à partir de ce moment, la similitude entre les trois types que j'ai distingués devient cliniquement complète et que le seul point intéressant en pratique est de définir les caractères généraux de l'hybridité morbide syphilo-scrofule.

A cet égard, je rappellerai les constatations, maintes fois citées déjà, de Bazin, de Ricord [1] sur la tendance aux suppurations ganglionnaires qu'affecte la syphilis chez les strumeux. Verneuil (1881) a décrit les accidents hybrides qu'on observe chez les scrofuleux, lorsqu'ils prennent la vérole. La strume semble faire appel aux manifestations cutanées, ganglionnaires et osseuses de la syphilis. On voit, sous son influence, se modifier les caractères objectifs des lésions spécifiques, qui deviennent plus fixes et moins douloureuses et qui, souvent, aboutissent à la suppuration. « Si la scrofule reste muette pour son compte, dans cette combinaison morbide, presque toujours elle aggrave les méfaits de sa rivale, les entretient, en prolonge la durée, en accroît les conséquences périlleuses..... » (Verneuil).

Enfin le professeur Fournier a magistralement décrit les diverses particularités qui caractérisent l'évolution de la vérole des scrofuleux et je ne saurais trop conseiller la lecture des pages qu'il a consacrées à ce sujet dans son dernier Traité.

Or, dès le début même de la syphilisation, l'influence du terrain scrofuleux se fait sentir et se manifeste par les modifications imprimées à l'adénopathie satellite du chancre, qui prend les caractères d'un bubon ramolli, fon-

(1) Consulter Ramonat, La syphilis chez les scrofuleux. *Thèse de Paris*, 1885.

gueux, arrivant souvent à la suppuration et auquel convient parfaitement la dénomination de *bubon syphilo-strumeux*.

Plus tard, pendant la période secondaire, les manifestations de la syphilis présenteront un cachet d'intensité insolite; elles auront une tendance anormale à revêtir le caractère *suppuratif et ulcéreux*; dès ce moment déjà pourront apparaître certaines manifestations d'ordinaire plus tardives, si bien que cette syphilis des scrofuleux apparaîtra comme un type de *syphilis maligne précoce*. Une des caractéristiques essentielles de la période secondaire chez le strumeux est la production d'adénopathies spéciales, massives, à gros ganglions conglomérés, à évolution torpide, à tendance suppurative, auxquelles convient à merveille la dénomination d'*écrouelles secondaires*. Or, ce sont précisément les ganglions « aimés de la scrofule », c'est-à-dire les ganglions cervicaux antérieurs, sous-maxillaires, inguinaux, iliaques externes..... qui se prêtent le plus volontiers à cette association syphilo-strumeuse.

C'est, d'ailleurs, là une des particularités les plus frappantes de cette association : *la scrofule dirige l'action spécifique sur certains systèmes qui sont pour elle, scrofule, de véritables sièges d'élection*. Et cela est vrai pour toutes les périodes de la syphilis. « La scrofule amène la syphilis sur ses domaines ». C'est ainsi que, en dehors des adénopathies syphilo-strumeuses primaires et secondaires, « il est particulièrement commun de voir la syphilis des scrofuleux se traduire par des lésions diverses *du périoste et des os*, susceptibles d'aboutir à des abcès et des nécroses; par des *arthropathies froides et chroniques*, rappelant les tumeurs blanches; par des *iritis*, des *irido-choroïdites* et notamment des *kératites*; par des *laryngites ulcéreuses*, simulant de très près la phtisie laryngée; par *des otites*,

et plus souvent encore, par des *localisations intra-nasales*, intéressant à la fois la muqueuse et le squelette, aboutissant à l'*ozène*, à des *nécroses*, à des *perforations palatines*, etc... »

Enfin les syphilides cutanées tertiaires ont une tendance toute spéciale chez les scrofuleux à prendre les formes ulcéreuses, extensives, voire même *phagédéniques*. D'autre part, ces diverses localisations affectent, en général, des allures torpides, tenaces, plus ou moins rebelles au traitement. Je n'envisage pas en ce moment les localisations scrofuleuses considérées à tort comme des syphilides — et il n'est pas rare, en effet, que les deux maladies associées donnent simultanément naissance à des manifestations siégeant en des régions différentes — j'ai en vue les cas de lésions bâtardes, qui ne sont pas scrofuleuses, qui ne sont pas davantage des *hybrides*, au sens vrai du mot, mais qui n'en procèdent pas moins de l'influence respective qu'exercent l'une vis-à-vis de l'autre la syphilis et la scrofule. Il semble que le terrain syphilo-strumeux donne parfois aux localisations de la syphilis une allure en quelque sorte atone, torpide, réfractaire au traitement, telle celle de certaines syphilides tertiaires, qui se cantonnent sur un même organe, immuables et invétérées, sans qu'on puisse déterminer la raison exacte de cette ténacité. Il n'en est pas moins vrai, d'autre part, que ces manifestations de la syphilo-scrofule sont bien souvent améliorables et même curables par le traitement et que celui-ci doit toujours être poursuivi avec une persévérance suffisante. Si parfois la guérison n'est que partielle, il sera permis de penser que la lésion appartient à la catégorie des localisations véritablement hybrides dont j'aborde maintenant l'étude.

B. — Les hybrides de syphilis et de scrofule.

« L'influence du terrain, écrit le professeur Fournier, n'est pas sans réagir quelquefois, dans cette association morbide (de la syphilis et de la tuberculose), sur les caractères apparents des manifestations spécifiques, lesquelles revêtent, en ces conditions, une physionomie insolite qui est celle de l'*hybridité pathologique.* Comme exemple, je rappelerai tout d'abord ces fameuses *adénopathies syphilo-strumeuses*, dont Ricord faisait le type de ses scrofulates de vérole. Il en est de même pour certaines *kératites secondaires*, qu'il est souvent très difficile, même pour les plus experts, de différencier des kératites strumeuses. De même encore il n'est pas rare de rencontrer, sur certains malades de constitution lymphatique et scrofuleuse, des *éruptions spécifiques* assez modifiées de caractères pour constituer de réels embarras diagnostiques. Que sont de telles éruptions? Des syphilides? Oui, par tels attributs, mais non par tels autres. Des scrofulides? Oui, encore de par telles considérations, mais non de par telle autre. Et, en effet, quand on vient à les détailler, à les analyser minutieusement, ces éruptions présentent à la fois et certains signes propres aux syphilides et certains autres qui relèvent plus particulièrement de la scrofule. Bref, ce sont là, tout au moins au point de vue objectif, des dermatoses mixtes, *métisses*, *hybrides*; ce sont, disons le mot, de véritables *scrofulo-syphilides.* »

Bien des fois déjà nous avons, au cours de cette étude, soulevé cette idée et retrouvé les mêmes mots dans les écrits d'autres observateurs. Mais nous n'avons encore fourni aucun fait véritablement probant de cette hybridité. Il est à remarquer, d'ailleurs, que celle-ci n'a jamais été

formulée, en réalité, qu'à titre d'hypothèse et qu'elle ne semble bien avoir trouvé sa première démonstration matérielle que dans les faits d'hybridité de syphilis et de lupus, publiés tout d'abord par Leloir et plus récemment par Longin.

Je ne saurais, évidemment, étudier ici avec grands détails cette intéressante lésion, qui est, à la vérité, du domaine de la dermatologie, et je renvoie le lecteur aux traités spéciaux. Toutefois, je ne saurais méconnaître l'intérêt considérable qu'elle présente, comme type d'association de la syphilis et de la tuberculose; et c'est à ce titre, au titre de lésion hybride proprement dite, que je l'envisagerai.

Il semble bien que le premier fait de ce genre ait été vu par Lefèvre [1] qui, au cours d'une *étude de la syphilis chez les scrofuleux*, consacrée presque exclusivement d'ailleurs aux adénopathies syphilo-strumeuses à toutes les périodes, rapporte fortuitement l'observation d'une syphilide développée sur une cicatrice de lupus scrofuleux, et exprime très nettement l'idée de l'hybridité pathologique, dont il rapporte tout l'honneur à Verneuil : « Personne jusqu'ici, dit-il, n'avait envisagé les diathèses comme pouvant s'unir et former des entités nouvelles, ayant des caractères particuliers, souvent mixtes, tenant de l'un et de l'autre, si bien qu'*il est possible que beaucoup de faits, jusqu'ici regardés comme offrant une difficulté de diagnostic exceptionnelle soient simplement des exemples de manifestations d'hybrides.* »

J'ai souligné à dessein une réflexion dont le bien-fondé me paraît établi par les faits que j'ai moi-même observés et que je me suis précisément attaché à mettre en relief

[1] LEFÈVRE, *Thèse de Paris*, 1881.

en insistant constamment sur l'intimité des rapports qui unissent la syphilis à la tuberculose.

Quoi qu'il en soit, on peut dire avec Longin que la question de l'hybridité syphilo-tuberculeuse n'est véritablement entrée dans le domaine médical qu'avec le travail de Leloir [1]. Cet auteur étudie le cas d'une malade profondément entachée de tuberculose héréditaire et de scrofulo-tuberculose personnelle, qui contracta un chancre suivi d'accidents secondaires, pour lesquels elle fut soignée à l'hôpital. Quelques années après, elle vint consulter dans le service de la clinique pour une lésion de la région cervicale qui rappelait, à s'y méprendre, les syphilides tuberculeuses; et, de fait, sous l'influence du traitement mercuriel, quelques-uns des éléments disparurent complètement, tandis que les autres s'affaissaient et prenaient l'apparence des nodules du lupus. L'histologie confirma ce que la thérapeutique venait d'établir, c'est-à-dire qu'il existait là une lésion mixte, et, par des biopsies faites avant et après le traitement, Leloir put prendre sur le fait le travail de sclérose consécutif à la médication mercurielle. En même temps la recherche des bacilles et l'inoculation aux animaux mettaient hors de doute la nature en partie tuberculeuse de cette affection.

Au surplus, je n'hésite pas à transcrire intégralement l'*exposé des recherches histologiques et bactériologiques* de Leloir, car il représente la base anatomique du type clinique d'association syphilo-tuberculeuse que j'étudie en ce moment.

Recherches histologiques et bactériologiques de Leloir.— a. *Avant l'action du traitement anti-syphilitique.* — Une première

[1] Leloir, *Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses*, 1891.

biopsie a été pratiquée en août 1890 pendant l'installation du traitement antisyphilitique, avant que les tubercules se fussent réduits sous l'influence du traitement.

Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine une coupe colorée au picro-carmin à un grossissement faible ou moyen, c'est que la coupe présente des lésions histologiques rappelant à la fois celles de la variété atypique du lupus vulgaire, que j'ai décrite sous le nom de lupus myxomateux, et celles de l'infiltration plus ou moins diffuse de la peau par un granulome, un syphilome en particulier.

Il serait difficile devant les coupes de dire si l'on se trouve en présence d'un lupus ou d'une gomme syphilitique. Cependant, l'existence en quelques points de cellules géantes isolées ou groupées, enfin et surtout la présence de bacilles tuberculeux au centre et au voisinage immédiat de ces cellules géantes permettent d'affirmer que, en ce qui concerne certains îlots tout au moins, le tissu pathologique est de nature scrofulo-tuberculeuse.

D'autre part, la présence d'artérioles à parois épaisses, sclérosées, en quelques points du derme et de l'hypoderme, constitue un caractère histologique qui s'observe plutôt dans la syphilis que dans la scrofulo-tuberculose. Fait majeur, une inoculation, pratiquée à cette époque, a été négative.

L'inoculation ayant été bien faite et, d'autre part, la présence de bacilles tuberculeux, très rares d'ailleurs, permettant d'affirmer qu'une partie du néoplasme était de nature scrofulo-tuberculeuse, on pourrait peut-être émettre cette hypothèse que, si l'inoculation a été négative, c'est qu'on a inoculé une parcelle du néoplasme ressortissant non pas à la scrofulo-tuberculose mais à la syphilis.

b. *Après l'action du traitement antisyphilitique.* — L'examen histologique pratiqué alors, en employant la même technique que précédemment, permet de constater un changement d'aspect assez notable dans la structure du néoplasme.

Celui-ci se trouve constitué par des îlots de cellules embryonnaires renfermant ou non à leur centre une ou plusieurs cellules géantes et présentant tous les caractères du tissu lupeux.

Çà et là on trouve quelques rares bacilles de la tuberculose au niveau ou dans le voisinage de ces cellules géantes, mais, en outre, l'attention est immédiatement attirée par ce fait que les îlots de tissu lupeux sont en quelque sorte englobés comme dans un réseau par un tissu fibreux de sclérose disposé en bandes plus ou moins larges. La disposition de ce tissu fibreux ne rap-

pelle guère celle que l'on observe dans le lupus scléreux ou dans le lupus sclérosé. Ce n'est pas, en effet, sous forme de bandes fibreuses pénétrant le nodule que se trouve disposé le tissu fibreux, mais sous forme d'alvéoles entourant et englobant les cellules embryonnaires et rappelant la structure alvéolaire de certains carcinomes. Cependant, en quelques endroits, il part de ces bandes fibreuses des tractus plus minces, venant à leur tour pénétrer dans le tissu lupeux, qu'ils dissolvent plus ou moins. En ces points, et le fait est surtout remarquable sur les préparations colorées à l'acide osmique, le tissu fibreux se présente parfois sous l'aspect d'aigrettes ou de réseaux ténus, entre les mailles desquels se trouvent les cellules embryonnaires du lupome; les aigrettes du tissu fibreux rappellent des centres de cristallisation en houppes, envahissant peu à peu une masse liquide qui serait constituée par les éléments du lupome. A un fort grossissement on constate en outre par place que le réticulum fibreux, devenu plus délicat, englobe même les cellules embryonnaires prises individuellement. Ce mélange de tissu fibreux et de tissu lupomateux est également très net et très remarquable dans les préparations colorées par la méthode d'Ehrlich.

Un petit morceau de l'un de ces tubercules est inoculé à un cobaye. Ce cobaye est devenu manifestement tuberculeux au bout de six semaines. Les viscères tuberculeux de ce cobaye inoculés à un autre cobaye ont été le point de départ d'une tuberculose par inoculation.

Cette observation anatomo-clinique, due à Leloir, est capitale; elle prouve bien « qu'il peut exister du côté de la peau des hybrides à la fois scrofulo-tuberculeux et syphilitiques ». D'autre part, ainsi que je le disais dans un chapitre précédent, il semble bien que cette hybridité se résume en une simple juxtaposition au sein du même infiltrat, avec intrication plus ou moins étroite et intime, mais sans fusion. Si les deux processus retentissent l'un sur l'autre dans une mesure qui peut varier suivant les cas, ils n'en demeurent pas moins distincts, ainsi que permet de le constater l'histologie; toutefois, ils ne restent pas complètement indépendants et il n'est pas interdit

d'admettre que, parfois, sinon dans tous les cas, l'action sclérosante de la syphilis et particulièrement la sclérose de guérison consécutive à l'administration du traitement spécifique peuvent retentir favorablement sur l'évolution de la néoplasie tuberculeuse associée. C'est ainsi qu'il est possible, à mon sens, d'expliquer la guérison de certaines de ces tuberculoses locales qu'on observe chez des syphilitiques et qui ne sont peut-être que des hybrides. Cette hypothèse peut parfaitement convenir à l'interprétation des faits actuellement si controversés de guérison du lupus par les injections de calomel, tels que Fournier, Barthélemy, Du Castel en ont rapporté des exemples.

Un fait paraît bien établi aujourd'hui, c'est la fréquence de l'association de la syphilis et du lupus. Husson(1) considère cette association comme « la plus fréquente de toutes » et Lenglet(2) admet « que la syphilis s'allie au lupus avec une particulière facilité ».

Longin(3), dans un travail très documenté, reprend l'histoire de cette hybridité et en fait une étude tout à fait remarquable, à l'occasion d'une observation démonstrative recueillie dans le service de M. Brocq.

« Il s'agissait, dit-il, d'une femme qui s'adressait à la consultation de l'hôpital Broca avec une lésion de la langue et une lésion de la joue. Celle-ci était ancienne, remontait à l'enfance; l'autre, récente, datait de quelques mois et, en même temps qu'elle se développait, celle de la joue, jusque-là torpide, prenait une extension marquée. Depuis longtemps cette dernière avait été considérée comme un lupus, et, de fait, elle semblait bien présenter les nodules et l'infiltrat caractéristiques de cette affection.

(1) Husson, *Thèse de Paris*, 1900.
(2) Lenglet, art. Lupus de *La Pratique dermatologique*.
(3) Longin, Les hybrides de syphilis et de lupus. *Thèse de Paris*, 1905.

La lésion de la langue éveillait l'idée de la syphilis sans l'imposer d'une manière absolue; mais, comme à cette époque, on ne retrouvait aucun antécédent de contagion, on émit l'hypothèse d'un lupus de la langue coïncidant avec un lupus de la joue. Pour écarter toute incertitude, la malade fut soumise au traitement mercuriel. Quelques injections eurent vite raison de la glossite; mais, en même temps que la langue reprenait son apparence normale, la lésion de la joue s'améliorait d'une manière sensible, diminuant d'étendue et d'infiltration, et même un certain nombre des tubercules qui la constituaient entraient en régression.

« Au cours du traitement, la malade se décida à nous fournir de plus amples renseignements sur son passé : elle avait été soignée pour une roséole syphilitique diagnostiquée par M. Brocq, quelques années auparavant, à l'hôpital de La Rochefoucauld; au reste, elle n'avait suivi le traitement que pendant deux mois.

« Il était donc légitime d'interpréter ces faits de la manière suivante : de penser que le placard de la joue était constitué, au moment où la malade vint consulter, par un infiltrat qui ressortissait à la fois au lupus et à la syphilis, et de considérer que la médication mercurielle, en même temps qu'elle avait guéri la langue, avait dépouillé le lupus de la joue de l'élément syphilitique qui s'y était surajouté; l'amélioration ainsi produite fut si considérable que la malade partit, refusant de se soumettre au traitement propre du lupus. Il s'agissait, en effet, d'un lupus plan, d'allure extrêmement torpide, lequel n'avait constitué une véritable disgrâce physique que depuis l'extension récente qu'il avait prise et qui paraissait imputable à l'adjonction de l'élément syphilis. »

Partant de cette première observation, M. Longin

s'efforça de dépister des cas analogues et parvint à en recueillir un certain nombre sur lesquels il basa ses recherches et ses conclusions. Il s'est attaché tout d'abord à différencier les hybrides lupo-syphilitiques des syphilides tuberculeuses et à montrer la réserve avec laquelle il faut interpréter la soi-disant guérison de lupus tuberculeux par le traitement mercuriel. « Faute de pouvoir, dit-il, demander à l'histologie, la preuve de cette association, ce sera, en définitive, au traitement spécifique qu'il faudra s'adresser pour faire la part de ce qui revient à l'une et à l'autre maladie. Mais ce critérium demande à être établi sur de nouvelles bases, car il est battu en brèche par les travaux récents qui tendent à étendre le domaine des applications thérapeutiques du mercure à des affections dermatologiques non syphilitiques, au lupus en particulier. » Or, pour que ce critérium thérapeutique conserve toute sa valeur, il est indispensable de n'employer que des injections de sels solubles et il faut que « la rapidité d'action du médicament lui conserve son caractère de spécificité ». En effet, « on peut admettre que, dans certains cas de lupus tuberculeux, le calomel a une légère influence sur les infiltrats périnodulaires; cette action est extrêmement lente et toujours partielle; elle est analogue sans doute à celle que M. Darier a signalée dans certains cancroïdes.... Quant aux injections de sels solubles, elles sont impuissantes à modifier en quoi que ce soit le lupus ».

Aussi bien peut-on admettre, en dernière analyse, que « lorsqu'un malade sûrement syphilitique présente une lésion tuberculeuse (au sens dermatologique du mot), et que cette lésion guérit rapidement sous l'influence du traitement spécifique, c'est qu'elle est de nature syphilitique; si, au contraire, cette lésion, après s'être sensible-

ment amendée, finit par présenter tous les caractères du lupus, il faut en conclure qu'il y avait une lésion mixte, que la partie qui a disparu (nodules et infiltrat périnodulaire) était de nature syphilitique, que celle qui a résisté est de la scrofulo-tuberculose cutanée ». Et M. Longin appuie cette argumentation sur les résultats du traitement mercuriel administré à des individus qui portent simultanément, mais en des régions différentes, des lésions tuberculeuses et syphilitiques; les premières ne sont nullement modifiées, tandis que les secondes guérissent.

Pour ma part, tout en admettant la logique de ce raisonnement et même la réalité de cette constatation clinique, je suis moins intransigeant ; je pense que, chez les syphilitiques porteurs de lésions tuberculeuses (bacillaires), le traitement spécifique exerce, sur ces dernières, une influence favorable, dans une mesure plus ou moins large suivant les cas ; et, ainsi que je l'ai déjà dit, je ne suis pas éloigné de chercher la raison de cette particularité dans des conditions spéciales inhérentes au terrain syphilitique sur lequel a germé la tuberculose ; je crois que l'hybridité ne doit pas être restreinte à la simple juxtaposition de lésions au sein d'un même infiltrat, qu'elle a bien souvent une portée plus large, et qu'elle réside bien davantage dans une juxtaposition de terrains.

D'ailleurs, on peut se demander avec M. Longin « si ces hybrides ne nous donnent pas une explication satisfaisante de la théorie ancienne qui voulait faire de la syphilis l'origine première du lupus ». Il est intéressant de constater que cette opinion, qui fut celle d'observateurs éclairés, et notamment de Wilson, n'est pas si éloignée des conceptions contemporaines qui admettent une « influence possible de la syphilis sur le développe-

ment du lupus, non pas qu'il s'agisse de syphilis lupoïde, mais peut-être d'un de ces accidents syphilitiques qui se produisent chez des individus en puissance de syphilis ou chez des descendants de syphilitiques ». (Lenglet, *loc. citat.*)

Quoi qu'il en soit de ces considérations théoriques, la conclusion pratique est parfaitement nette : chaque fois qu'il y aura le moindre doute entre la nature syphilitique ou tuberculeuse de la lésion, et alors surtout que le sujet sera à la fois syphilitique et tuberculeux, le traitement spécifique devra être institué et suffisamment poursuivi. Il se pourra qu'il ne produise qu'un résultat incomplet, que l'amélioration d'abord rapide et franche s'arrête tout à coup et que la lésion, à dater de ce moment, demeure stationnaire et prenne un aspect différent de celui qu'elle avait tout d'abord, cessant d'être douteuse et d'évoquer l'idée d'une syphilide plus ou moins probable, pour revêtir tous les caractères d'une tuberculose manifeste. Dans ce cas, on devra, selon toute probabilité, accepter l'existence d'une hybridité, et peut-être pourra-t-on, en interrogeant le passé du malade, reconstituer la pathogénie de cette association : ou bien le lupus aura préexisté et, en créant une sorte de *locus minoris resistentiæ*, il aura appelé sur son propre terrain la localisation syphilitique ; ou bien, c'est la syphilide qui aura été la première en date et qui aura ouvert la porte à une inoculation accidentelle, ou fixé, en quelque sorte, à son niveau, les bacilles charriés par les voies vasculaires et lymphatiques.

J'ai longuement discuté, en étudiant les relations étiologiques de la syphilis et de la tuberculose, cette question de pathogénie, et j'ai insisté tout particulièrement sur le rôle capital du *terrain syphilitique* dans la tuberculisation. Ces faits d'hybridité ne sont, en somme, qu'une démon-

stration de cette conception : ici les conditions humorales générales se complètent d'une aptitude locale toute spéciale à la tuberculose. J'ai dit que le professeur Fournier considérait le tissu des gommes syphilitiques comme un milieu d'élection pour la culture du bacille de Koch, et j'ai rapporté l'intéressante observation qu'il me narra d'une tuberculose pulmonaire greffée sur une caverne gommeuse. Voilà bien un fait d'hybridité de syphilis et de tuberculose qui établit une transition toute naturelle entre les localisations syphilo-scrofuleuses que je viens d'étudier et la phtisie bacillaire des syphilitiques.

A cet égard il était utile de décrire avec quelques détails l'hybride de syphilis et de lupus, qui est la seule lésion mixte suffisamment connue à l'heure actuelle, et qui représente le type anatomo-clinique le mieux défini de la syphilo-tuberculose.

2° MANIFESTATIONS VISCÉRALES DE LA SYPHILO-TUBERCULOSE

La tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.

La seule manifestation viscérale de l'association morbide syphilis et tuberculose qui ait une histoire clinique, est celle qui se localise sur l'appareil respiratoire. C'est la seule que j'étudierai. Encore convient-il de préciser les limites que je lui assignerai.

Ici, comme pour toutes les autres localisations, la syphilis et la tuberculose peuvent s'associer suivant deux modes différents : soit qu'elles se combinent ou plutôt se juxtaposent intimement au sein d'un même infiltrat, de façon à réaliser une lésion hybride; soit que, évoluant simultanément sur le même terrain, c'est-à-dire sur le même organisme, elles exercent l'une sur l'autre une

influence générale plus ou moins retentissante. Si le premier mode d'association existe parfois, il présente surtout un intérêt pathogénique, et j'ai déjà montré l'importance des lésions syphilitiques et particulièrement des gommes du poumon dans la tuberculisation secondaire. Le second mode d'association, le plus fréquent incontestablement, mérite surtout d'arrêter l'attention des médecins, en raison des considérations pratiques de première importance qu'il comporte, relativement au pronostic et au traitement. On pourrait, théoriquement, décrire à ce second mode d'association deux variétés principales : la syphilis pulmonaire chez les tuberculeux, et la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Or, en admettant qu'un individu entaché de tuberculose et simultanément de syphilis vienne à faire dans son poumon une pneumopathie syphilitique, il y a bien des chances pour que cette localisation ne soit que le résultat d'un appel exercé par la tuberculose sur son propre domaine, ou pour que tout au moins elle ne se complique rapidement dé tuberculisation. Dans ces conditions la tuberculose ne tarde pas à prendre, dans le poumon, le pas sur la syphilis et, abstraction faite des conditions pathogéniques, le cas du malade devient celui d'un syphilitique atteint de tuberculose pulmonaire.

Si bien que, en réalité, si on la considère au point de vue pratique, l'étude clinique des localisations respiratoires de la syphilo-tuberculose se réduit à la description des caractères évolutifs de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.

Or, deux conditions peuvent se présenter, suivant que la syphilisation précède la tuberculisation ou lui est consécutive ; et, dans l'une et l'autre alternative, il est permis de supposer, *a priori*, que l'évolution et le pronostic dépendent, dans une mesure assez large tout au moins, de

la période à laquelle se trouve la première maladie lorsque survient la seconde. Ces considérations trouvent leur justification dans les observations que j'ai pu recueillir, et je m'efforcerai de les mettre en évidence en étudiant successivement le cas du tuberculeux qui devient syphilitique, puis le cas du syphilitique qui se tuberculise.

A. — **La syphilis survient chez un tuberculeux.**

Si la syphilis exerce à l'égard de la tuberculose une influence prédisposante importante, on peut dire, au contraire, que le fait d'être tuberculeux prémunit, dans une certaine mesure, contre la syphilis, puisque tout tuberculeux, soucieux de ne pas aggraver son état, s'expose plus rarement aux chances de syphilisation.

Il n'en est pas moins certain qu'un tuberculeux peut contracter la vérole, et cette constatation, que tous les médecins peuvent faire aisément, suffit, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, à détruire une théorie d'après laquelle la tuberculose ne serait qu'une syphilis tertiaire.

Lorsqu'un tuberculeux devient syphilitique, il acquiert, de ce fait, un surcroît de maladie, et il paraît probable, *a priori*, que l'avenir qui lui est réservé s'assombrit. Toutefois, il ne faudrait pas se hâter de généraliser; ce qui est vrai dans la majorité des cas peut devenir une erreur dans certaines conditions particulières. Le professeur Fournier lui-même le reconnaît : « Cette réaction nocive de la scrofulo-tuberculose sur la syphilis n'est pas absolument constante et fatale. J'ai vu plusieurs fois des syphilis (traitées, à la vérité) rester moyennes ou même bénignes sur des sujets entachés de lymphatisme, voire

de tuberculose. J'ai vu des sujets incontestablement phtisiques contracter la syphilis et ne pas lui payer une plus lourde dette que des sujets bien portants. Ainsi, à n'en citer qu'un exemple, j'ai sous les yeux, depuis deux ans, un jeune homme qui, bien que tuberculeux pulmonaire, en est resté quitte avec la syphilis pour une roséole légère et quelques plaques muqueuses buccales. A quelles raisons rattacher ces heureuses exceptions? Je ne saurais le dire. » (*Traité de la Syphilis*, t. II, p. 832.)

Il convient de tenir compte, dans l'appréciation des éléments du pronostic, des circonstances dans lesquelles la syphilis vient s'ajouter à la tuberculose; or, si on prend soin d'analyser rigoureusement les observations cliniques, on constate aisément que les caractères distinctifs de leur évolution sont commandés essentiellement, d'une part, par le degré plus ou moins avancé de tuberculisation du sujet au moment de la syphilisation intercurrente, d'autre part, par le degré de malignité plus ou moins grande de celle-ci; en d'autres termes, l'influence exercée par la syphilis intercurrente sur la tuberculose pulmonaire préexistante dépend de deux conditions principales : l'*état du terrain tuberculeux et la qualité de l'infection syphilitique surajoutée.*

a. — État du terrain tuberculeux préexistant.

Les auteurs s'accordent, en général, à considérer que, lorsque la syphilis survient chez un tuberculeux elle aggrave fatalement la marche de la tuberculose et en précipite l'évolution. C'est là une opinion classique, soutenue par les cliniciens les plus autorisés et notamment par Potain et le professeur Landouzy, et qu'on retrouve dans tous les traités et dans toutes les monographies

consacrées à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Jacquinet, Stieffel, dans leurs thèses, s'en font les défenseurs. Je ne saurais nier l'influence aggravante qu'exerce bien souvent la syphilis chez les tuberculeux, mais j'estime qu'elle n'est point fatale; non seulement il est des cas où la syphilis ne semble modifier en aucune façon les allures de la tuberculose, ainsi que l'admettent d'ailleurs les auteurs; bien plus, il est des circonstances dans lesquelles elle paraît jouer un rôle favorable. Or, j'ai la conviction, d'après les observations que j'ai pu recueillir, que la raison de ces différences doit être cherchée surtout dans l'état général du tuberculeux au moment où il contracte la syphilis. C'est pour n'avoir pas, à mon sens, suffisamment tenu compte de l'importance de cette donnée, que les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont émis des conclusions d'un pessimisme certainement exagéré.

Il paraît évident, *a priori*, que, si le tuberculeux est arrivé déjà à une période avancée, la déchéance de son organisme le laissera impuissant à lutter contre un surcroît de maladie. Il en sera de même si la tuberculose, de date encore récente, n'a pas fait de grands ravages locaux, mais a profondément anémié et intoxiqué le sujet, ainsi que cela s'observe dans certaines formes particulièrement virulentes. Dans un cas comme dans l'autre, la syphilisation sera le signal d'une aggravation rapide de la tuberculose, à laquelle elle donnera un coup de fouet mortel; la résistance vitale, en partie épuisée déjà, succombera sans pouvoir faire les frais de la nouvelle infection intercurrente.

Ce sont surtout les faits de ce genre que les auteurs ont eus en vue lorsqu'ils ont insisté sur la gravité de cette forme d'association de la syphilis et de la tuberculose.

On en trouve de nombreuses observations dans les différents mémoires.

Je me bornerai à donner comme type la suivante, que j'ai recueillie il y a trois ans.

Observation I (personnelle). — La nommée V..., âgée de trente-deux ans, plumassière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 27 septembre 1905.

Elle tousse depuis dix mois; elle a commencé à tousser peu après la mort de son mari qui succomba à une phtisie chronique.

Sa mère est morte poitrinaire à soixante et un ans.

Son père est bien portant; elle a eu deux frères et deux sœurs qui sont vivants et bien portants.

Elle n'a jamais été malade. Depuis la mort de son mari, elle tousse; elle a d'abord toussé par quintes, la nuit; puis la toux est devenue plus « grasse » et plus fréquente; elle crache abondamment; elle a des sueurs nocturnes; elle a maigri de douze livres dans les trois derniers mois; son appétit est presque nul depuis le même moment. Il y a cinq jours, pour la première fois, elle a eu une hémoptysie abondante.

Or, en la découvrant pour l'ausculter, je constate l'existence de macules cuivrées couvrant toute la surface du corps; quelques éléments sont papuleux et entourés d'une collerette épidermique : sur le cou, il existe un collier de Vénus typique. Dès l'instant, j'obtiens de la malade un aveu qu'elle n'avait pas jugé utile de me faire spontanément et j'apprends que le début de l'éruption remonte à trois mois et qu'à ce moment la malade eut des plaques muqueuses dans la gorge et sur la vulve. Le diagnostic n'est pas douteux.

Or, *aucun traitement spécifique ne fut opposé à cette syphilis, et c'est à partir de son apparition que l'état général de la malade s'aggrava rapidement*, que l'amaigrissement fit des progrès, que les sueurs apparurent, que la toux augmenta ainsi que l'expectoration et que les forces s'anéantirent.

L'examen des poumons révélait, au moment de l'entrée, une infiltration totale du poumon gauche et du ramollissement du sommet droit.

La malade mourut, quinze jours après son entrée, de consomption.

Voici, entre tant d'autres, un fait qui montre bien l'in-

fluence profondément aggravante de la syphilis lorsqu'elle se greffe sur une tuberculose en évolution active. La marche de la phtisie avait été rapide chez cette femme; en quelques mois, les accidents s'étaient précipités; la résistance de l'organisme était considérablement ébranlée déjà; la syphilisation acheva, en quelques semaines, l'œuvre du bacille. D'autre part, il est intéressant de remarquer que cette femme a abandonné sa syphilis à elle-même, qu'elle ne l'a pas soignée. Cette constatation est importante pour deux raisons : d'abord, parce qu'elle s'inscrit en faux contre une opinion beaucoup trop répandue qui consiste à accuser le traitement mercuriel d'aggraver l'état des tuberculeux syphilitiques; ensuite, et au contraire, parce qu'elle autorise à penser que, si le traitement mercuriel avait été opposé à la syphilis dès son début, celle-ci aurait sans doute exercé des ravages moins profonds et la tuberculose en aurait subi une influence moins néfaste.

Tout autre est le cas du tuberculeux torpide ou résistant qui devient syphilitique. Certes, je ne prétends pas qu'un tuberculeux doit se réjouir de contracter la syphilis, et je n'oserai pas imiter l'exemple d'un médecin éclairé qui ne manquait pas de lancer à certains tuberculeux cette boutade : « Tâchez donc, mon garçon, d'attraper la vérole ! » Toutefois, un certain nombre d'observations m'ont conduit à admettre que la syphilis, dans certaines conditions, loin d'aggraver la tuberculose, paraît en favoriser la guérison. C'est sur ces faits, en dépit des controverses qu'ils soulèvent, que je tiens tout particulièrement à insister, parce qu'ils sont moins connus que les précédents de la majorité des médecins, et surtout parce qu'ils comportent des conclusions pratiques de la plus haute

importance. Or, dans ces cas heureux, il s'agit soit de tuberculeux débutants, soit de tuberculeux torpides, mais toujours de tuberculeux qui conservent un état général satisfaisant. Ceux-ci, contrairement à ceux du groupe précédent, peuvent résister au branle-bas provoqué par la syphilis et faire les frais de la lutte réactionnelle qu'ils ont à soutenir contre elle. Ils passent tout d'abord par une période d'aggravation plus ou moins sérieuse et durable, au cours de laquelle quelques-uns d'entre eux sont vaincus et s'acheminent vers la consomption définitive ; mais, s'ils résistent au choc, ils ne tardent pas à donner les signes d'une amélioration rapide.

C'est pourquoi je compare, en pareil cas, la syphilisation intercurrente à un cap dangereux qu'il faut doubler. La résistance vitale, déjà ébranlée, peut sombrer; mais, si elle échappe au tourbillon du courant qui l'emporte, si elle double le cap, si elle répare ses *avaries*, — qu'on me pardonne cette image, — elle n'en offrira vraisemblablement que plus de garanties pour l'avenir.

Voici quelques observations qui viennent à l'appui de cette opinion.

Observation II (personnelle). — Le 25 octobre 1894, M. X..., étudiant en droit, âgé de vingt-trois ans, vient me montrer à l'hôpital Saint-Antoine, où j'étais alors l'interne de M. Gaucher, une éruption non prurigineuse, qui a fait son apparition quelques jours auparavant et qui le tourmente. C'est une roséole syphilitique non douteuse, peu intense d'ailleurs. Il y a environ cinq semaines, il eut dans le sillon balano-préputial un petit bouton, auquel il ne prêta aucune attention et qu'il prit pour une poussée d'herpès. Il est très sujet, en effet, à l'herpès. Cependant, il remarqua que ce petit bouton ne provoqua aucune cuisson pénible. Je trouve, à ce niveau, une induration encore récente et je constate l'existence d'une pléiade ganglionnaire dans l'aine. Donc, la syphilis n'est pas douteuse. D'ailleurs, il

existe depuis quelques jours une céphalée assez douloureuse qui survient tous les soirs et disparaît dans la journée. Pas de plaques muqueuses.

Jusqu'ici, rien d'extraordinaire. Mais en interrogeant ce jeune homme qui, d'ailleurs, présente actuellement les apparences d'une bonne santé, quoiqu'il soit très maigre, j'apprends qu'il se soigne comme tuberculeux depuis trois ans.

Il n'avait jamais eu aucune maladie, sauf la rougeole à l'âge de cinq ans lorsque, au mois de janvier 1891 (il y a trois ans et demi), il contracta l'influenza. Il fut malade pendant près d'un mois et continua de tousser jusqu'au printemps suivant. Ensuite, il n'éprouva plus aucun malaise et ne toussa ni ne cracha pendant l'hiver suivant. Cependant dix-huit mois après, en juillet 1892, alors qu'il était à la campagne en bonne santé, un jour, en promenade, il éprouva un chatouillement désagréable à la gorge, toussa et, à sa grande surprise, cracha du sang tout rouge. Il rentra immédiatement chez lui, ayant rendu à peu près la valeur d'un verre à liqueur de sang. Ses parents firent venir le médecin, qui le condamna au repos pendant quelques jours et exigea ensuite un séjour à la campagne de trois mois au moins. Pendant les quelques jours qui suivirent cette hémoptysie, il n'y eut [ni fièvre, ni point de côté, ni malaise général; mais le malade continua d'expectorer le matin quelques crachats muco-sanguinolents dans lesquels une analyse bactériologique révéla la présence de bacilles de Koch assez nombreux.

Après un séjour de trois mois à la campagne, il revint à Paris, poursuivre ses études; il avait engraissé et ne toussait plus, sauf le matin.

Ayant contracté une légère bronchite l'année suivante, il en profita pour faire analyser ses crachats; on trouva encore quelques rares bacilles de Koch.

Les choses en étaient là, quand ce jeune homme contracta la syphilis. Depuis ce moment je n'ai cessé de le suivre et de le diriger dans son traitement.

Avant de résumer l'histoire des incidents dont j'ai été le témoin, j'ajouterai que ce jeune homme appartient à une famille robuste, que ses parents sont très bien portants, qu'il a deux sœurs plus âgées que lui et tout à fait bien portantes.

Or, dès que le diagnostic de syphilis fut porté, ce jeune homme fut soumis au traitement mercuriel.

A cette époque la pratique des injections n'était pas aussi courante qu'elle l'est devenue depuis; comme les fonctions digestives étaient excellentes, je conseillai des pilules (2 centigrammes de

sublimé par jour). En même temps je recommandai une vie sage et bien réglée, une alimentation substantielle.

Tout alla bien d'octobre (début des accidents secondaires et du traitement) à mars. A ce moment (mars 1895), le malade s'anémia, maigrit, perdit l'appétit et se mit à tousser. Peu après (avril 1895) il eut une nouvelle hémoptysie, assez abondante, et dut garder le lit pendant quinze jours. Quand les signes de congestion se furent dissipés, je pus constater que l'auscultation ne révélait pas de lésions plus profondes qu'avant l'hémoptysie; le sommet gauche respirait mal; l'expiration était rude; mais il n'y avait ni craquements, ni souffle. Cependant, le malade continuait d'expectorer chaque matin des crachats muco-purulents, dans lesquels je pus, à plusieurs reprises, colorer des bacilles de Koch en petit nombre.

J'exigeai un départ immédiat à la campagne, mais je ne pus obtenir qu'un séjour d'un mois. Je fis continuer le traitement mercuriel, mais je remplaçai les pilules par des frictions, par séries de quinze consécutives toutes les six semaines; je conseillai une alimentation abondante, et 30 centigrammes de créosote par jour, avec ordre de cesser au moindre signe de congestion. Au bout de quatre mois de traitement rigoureux et de précautions, l'alerte paraissait conjurée. Et, en effet, à dater de cet incident, la santé de ce jeune homme s'améliora de jour en jour, au point de devenir incontestablement bien meilleure qu'elle ne l'était avant la syphilisation.

La syphilis, d'ailleurs, fut très bénigne et ne donna jamais d'autres accidents que ceux par lesquels elle s'annonça. Quant à la tuberculose, après l'assaut qu'elle eut à subir et la poussée momentanée qu'elle présenta pendant le stade de dépression de la période secondaire, loin de progresser, elle s'arrêta complètement dans son évolution. Dix-huit mois après cette poussée aiguë momentanée (novembre 1896), le malade, qui ne toussait plus depuis six mois, s'enrhuma et, au cours de sa bronchite, expectora un matin deux petites pierres mûriformes, d'un blanc grisâtre, dont je pus faire l'examen. C'était un amas de sels de chaux, friables, formant un bloc dans lequel je pus déceler la présence de quelques bacilles de Koch prenant mal le Ziehl. J'ai considéré et je considère encore ces concrétions comme des tubercules crétacés de guérison, énucléés en quelque sorte et expulsés à propos d'une bronchite. Dans le même temps où ces concrétions étaient rejetées, les crachats de bronchite ne contenaient pas trace de bacilles de Koch.

Depuis ce moment, chaque fois que M. X... s'est enrhumé, j'ai

fait de nouveaux examens et jamais je n'ai retrouvé de bacilles. Aujourd'hui (octobre 1906), quatorze ans après la première manifestation de tuberculose pulmonaire (hémoptysie de 1892), douze ans après la syphilisation et onze ans après la dernière manifestation tuberculeuse apparente (hémoptysie de 1895), M. X... peut être considéré comme complètement guéri. C'est à peine si l'auscultation du sommet gauche, dans la fosse sous-épineuse, là où furent constatés les signes locaux, d'ailleurs peu étendus et peu profonds, de la tuberculose, révèle encore une légère obscurité respiratoire qui doit être considérée comme l'expression d'une cicatrisation. M. X... a soigné régulièrement sa syphilis pendant cinq ans, avec du mercure et sans iodure, et sa tuberculose, loin d'en souffrir, paraît bien en avoir bénéficié.

Dans cette observation, suivie pendant près de quinze années, apparaît avec la plus grande netteté le rôle que peut jouer la syphilis lorsqu'elle survient chez un tuberculeux torpide.

Voilà un jeune homme qui depuis trois ans est tuberculeux ; sa tuberculose est réduite, il est vrai, à l'état de simple épine, de foyer presque latent, mais non éteint cependant. Il contracte la syphilis et, à cette occasion, voit, pendant toute la durée de l'infection générale qui caractérise la période secondaire, la tuberculose se réveiller ; mais bientôt, lorsque est franchie l'étape dangereuse, il répare rapidement ses pertes et ne tarde pas, sous l'influence combinée d'une hygiène et d'une thérapeutique sévères, à cicatriser définitivement sa lésion. Il est permis de penser que la syphilis, après avoir, à son début, exercé une influence momentanément mauvaise et aggravante, a peut-être, dans la suite, favorisé l'enkystement des tubercules par un processus de sclérose analogue à celui qui caractérise, ainsi que nous le verrons plus loin, la tuberculose des vieux syphilitiques. Il est curieux de remarquer, tout au moins, que la disparition des signes d'auscultation et des bacilles de l'expectoration a coïn-

cidé avec l'expulsion de concrétions calcaires qui n'étaient autres que des tubercules guéris. Cette remarque est d'autant plus curieuse qu'elle se retrouve dans l'observation suivante.

Observation III (personnelle). — En avril 1896, M. X..., âgé de dix-huit ans, vient chez moi, accompagné par sa mère, qui s'inquiète de l'entendre tousser tous les matins.

Il a maigri depuis quelques mois et se sent très fatigué ; il n'a pas de fièvre, mais transpire la nuit; son appétit est moins bon qu'auparavant.

Je constate au sommet droit en arrière une légère submatité avec résistance au doigt; la respiration est saccadée, l'inspiration soufflante, l'expiration rude et prolongée; après la toux on perçoit quelques bruits râpeux qui rappellent plutôt les frottements que les craquements secs; la voix est retentissante. L'expectoration est insignifiante.

En somme, il existe une congestion non douteuse du sommet droit, qui doit inspirer les plus grandes réserves.

Je conseille de suspendre immédiatement les études et de partir à la campagne pour y séjourner jusqu'au prochain hiver.

Or, quelques jours après, je suis appelé auprès de ce jeune homme. A la suite d'une quinte de toux qui l'avait pris au moment où il se mettait au lit, il venait de cracher trois « caillots de sang ». En réalité, il venait d'avoir une hémoptysie légère.

J'emportai le mouchoir dans lequel il avait craché et le lendemain je pus colorer de nombreux bacilles de Koch au sein du caillot.

Le diagnostic ne laissait donc plus le moindre doute; ce jeune homme était atteint de tuberculose au début.

Il partit dès les premiers jours de mai pour la campagne et ne revint à Paris qu'au début de novembre.

Il avait engraissé; l'état général était incontestablement bien meilleur; mais il toussait encore un peu et expectorait chaque matin deux ou trois crachats grisâtres, épais, dans lesquels je pus colorer des bacilles de Koch, peu nombreux mais non douteux. Les signes de congestion du sommet étaient moins étendus; mais les frottements pleuraux étaient plus manifestes et, après la toux, on pouvait percevoir quelques gros râles sous-crépitants à la partie tout à fait externe de la fosse sus-épineuse.

Donc la tuberculose n'était pas enrayée; elle évoluait en un foyer parfaitement circonscrit, il est vrai.

J'exigeai, pour soustraire ce jeune homme aux entraînements de ses camarades, qu'il passât tout l'hiver hors Paris et sa mère l'emmena dans le Midi. Il revint au printemps suivant (avril 1897). Il y avait un an que je l'avais vu pour la première fois. Il offrait à ce moment les apparences d'une bonne santé et n'accusait plus aucun malaise. Toutefois, l'état local de la lésion pulmonaire n'était guère modifié; l'expectoration matutinale persistait et contenait encore quelques bacilles.

Se considérant comme guéri, malgré mes avis réitérés, ce jeune homme, dès son retour à Paris, ne tarda pas à reprendre ses anciennes habitudes, sortant presque tous les soirs, tantôt pour aller au théâtre, tantôt pour dîner en ville. En quelques mois il perdit le bénéfice d'une année de cure et, vers le mois d'octobre suivant, il était amaigri (5 kilogrammes de diminution), avait souvent un peu de fièvre le soir, toussait plusieurs fois par jour et expectorait chaque fois plusieurs gros crachats nummulaires. Sur ces entrefaites (novembre 1897) it arriva chez moi, un jour, et me montra un « bouton » qu'il avait sur la verge depuis quelques jours et qui ne « s'en allait pas ». C'était un chancre syphilitique caractéristique accompagné d'adénopatbie. Trois semaines après, une roséole généralisée venait confirmer définitivement le diagnostic. J'instituai immédiatement le traitement mercuriel (deux pilules d'un centigramme de sublimé chaque jour); en même temps j'exigeai un repos complet et une alimentation abondante, riche en œufs.

Les manifestations extérieures de la syphilis furent réduites à leur plus minime expression; d'ailleurs, même dans la suite et à aucun moment, je ne constatai le moindre accident spécifique. Cependant, pendant les premiers mois qui suivirent l'infection, de janvier à juillet 1898, c'est-à-dire pendant le plus fort de la période secondaire, l'état général du malade périclita à tel point que je redoutai une aggravation rapide de sa tuberculose. Toutefois, la lésion locale ne parut subir aucune extension appréciable; les signes physiques restèrent circonscrits dans les mêmes limites; mais l'expectoration et la toux augmentèrent; tous les soirs, la fièvre survenait, atteignant 38°; l'appétit et les forces diminuaient. Dans ces conditions, je remplaçai dès le mois de février les pilules de sublimé par des frictions mercurielles (5 grammes d'onguent chaque jour), par séries de douze consécutives chaque mois. Je fis prendre en même temps chaque jour 30 centigrammes de créosote (une pilule de $0^{gr},10$ à chaque repas),

avec repos de huit jours tous les mois. Je fis des pointes de feu au sommet. Je fis, en outre de l'alimentation ordinaire, gober chaque jour quatre jaunes d'œufs crus.

A partir du mois d'août, tout en continuant de suivre ces prescriptions, le malade vécut à la campagne. Peu à peu, ses forces revinrent, son état général se remonta. sa fièvre disparut.

Quatre mois après (novembre 1898), quand il revint à Paris, il avait repris 5 kilogrammes et se retrouvait à peu près dans l'état où il était un an auparavant, au moment où il avait contracté la syphilis.

Progressivement la toux et l'expectoration diminuèrent, en même temps que les signes d'auscultation s'atténuaient et que les bacilles disparaissaient des crachats.

Un an après (décembre 1899), alors qu'il paraissait guéri, il fut pris, un soir, d'une hémoptysie assez abondante qui l'effraya beaucoup et qui le décida à passer l'hiver en Algérie.

Quand il revint à Paris (juillet 1900) il était mieux portant que je ne l'avais jamais connu. A ce moment l'auscultation du sommet droit, au siège des lésions anciennes, ne révélait qu'une obscurité respiratoire recouverte de frottements pleuraux; on était en droit d'admettre que la lésion était cicatrisée; le malade ne toussait plus et ne crachait plus.

Les choses en restèrent là pendant deux ans. Au cours de ces deux années (en janvier 1901), à l'occasion d'une bronchite accidentelle, M. X... expectora un matin trois concrétions grisâtres, mûriformes, assez friables, qu'il m'apporta et où je pus colorer quelques corps bacillaires; les crachats de bronchite ne contenaient aucun bacille; je fis en outre une inoculation de ces crachats, qui resta négative. A ce moment, il paraît incontestable que ce jeune homme avait cicatrisé ou tout au moins enkysté son foyer tuberculeux, que la tuberculose était enrayée dans sa marche.

Malheureusement, confiant dans une guérison qu'il ne voulait pas croire incertaine, M. X... cessa de se soigner, il s'amusa, « fit la noce » et, de 1902 à 1905, ne parut pas s'en porter plus mal. Mais, en avril 1905, il prit la grippe et dès ce moment ne cessa plus de tousser. Son ancien foyer se ralluma, se ramollit, s'excava peu à peu; au cours de cette lamentable marche progressive, il expectora encore une fois une véritable pierre du poumon, indice d'un processus destructeur énucléant en quelque sorte un tubercule de guérison. Tous les efforts pour l'arracher à la consomption finale furent vains; ni les cures dans les sanatoria les plus variés, ni les médications les plus diverses ne parvinrent à

arrêter dans sa marche rapide l'évolution d'une tuberculose qui pourtant avait guéri une première fois.

M. X... mourut à la fin de 1905.

Je crois que cette observation a une valeur aussi grande que celle qui la précède. En effet, la mort du sujet, quelques années après la guérison apparente, ne modifie en aucune façon les conclusions relatives à l'influence de la syphilis sur la tuberculose pulmonaire préexistante. Tous les tuberculeux, même apparemment guéris, qui cessent de surveiller leur hygiène, qui se surmènent, qui, à plus forte raison, cèdent à l'entraînement des plaisirs faciles, s'exposent, de même, à rouvrir en quelque sorte leurs plaies pulmonaires cicatrisées. Ce qui m'arrête dans cette observation, ce que je ne puis m'empêcher de souligner, c'est qu'après avoir momentanément ébranlé, pendant la période de grande infection, pendant la période secondaire, la résistance générale du malade, la syphilis paraît avoir, dans la suite, favorisé la cicatrisation des lésions tuberculeuses préexistantes. En admettant même qu'elle n'a pas joué ce rôle bienfaisant, il est incontestable tout au moins qu'elle est restée neutre et qu'elle n'a pas entravé la guérison spontanée; et cette considération suffit à montrer combien il est inexact d'assombrir fatalement le pronostic en pareille occurrence. Au point de vue pratique, je veux insister sur ce fait que le traitement mercuriel n'a nui en aucune façon à cette guérison, si, même, il ne l'a pas, dans une certaine mesure, provoquée. Il est hors de doute, enfin, que l'expectoration de concrétions calcaires, ici, comme dans l'observation précédente, est l'indice d'un processus de calcification, dont la constatation ne saurait être passée sous silence.

Observation IV (personnelle). — Un jeune homme de dix-neuf ans, quelques jours après son arrivée au régiment, où il allait

faire son année de volontariat (décembre 1885), a une violente hémoptysie au cours d'un exercice. Il est envoyé à l'hôpital où une pleurésie se déclare, qui doit être ponctionnée à deux reprises en quinze jours. Il est réformé deux mois après et rentre dans sa famille, très amaigri, ayant la fièvre tous les soirs. Son médecin l'envoie en Algérie où il passe les deux hivers suivants et où il a deux nouvelles hémoptysies la première année. Il revient en France très engraissé, bien mieux portant, mais conservant de la toux et expectorant chaque matin deux ou trois crachats nummulaires, dans lesquels un de ses amis, étudiant en médecine, trouve des bacilles de Koch.

Sur ces entrefaites (avril 1889), il contracte la syphilis; il est, dès le début, soumis au traitement mercuriel (deux cuillerées à soupe de liqueur de Van Swieten par jour, puis pilules de protoiodure). Dès les premières semaines, il éprouve une « énorme secousse », il perd ses forces, maigrit, s'anémie; la fièvre, qui avait disparu depuis plus de deux ans, revient tous les soirs; il a une nouvelle hémoptysie extrêmement abondante et doit s'aliter. Un mois après, il a repris quelques forces et part pour la campagne où il passe l'été et l'automne. De lui-même, il se soumet à une cure de repos et d'aération, gobe chaque jour cinq ou six jaunes d'œufs, et, sur les conseils du Dr Mauriac, qu'il vient consulter à Paris, poursuit sa cure mercurielle. Il se soigne ainsi pendant quatre ans et voit peu à peu son état s'améliorer, au point que, en 1901, lorsqu'il vient me voir pour la première fois, je douterais de la véracité de son récit si je ne constatais les traces des lésions dont il me parle. Il y a, à ce moment, seize ans qu'il eut sa première atteinte de tuberculose et fut réformé et douze ans qu'il contracta la syphilis. Or, il vient me consulter parce qu'il a remarqué sur la commissure interne des lèvres des plaques blanchâtres qu'il croit être des plaques muqueuses et qui sont des placards leucoplasiques, signature laissée par la syphilis chez un homme qui est d'ailleurs un grand fumeur. Bien qu'il m'affirme n'éprouver plus aucun trouble respiratoire, je l'ausculte par curiosité et je constate sur toute la hauteur du poumon gauche, en arrière, une submatité manifeste, avec diminution considérable des vibrations thoraciques, faiblesse du murmure vésiculaire, et frottements pleuraux; les signes sont les mêmes, en avant, mais plus atténués. Au sommet droit, il existe des frottements pleuraux, la respiration est rude et soufflante. Il est vraisemblable que ces signes traduisent des lésions cicatrisées, et c'est là, précisément, que réside, en grande partie, l'intérêt de cette observation. D'ailleurs, je demande un examen bactériologique des

crachats (cet homme est resté, depuis sa guérison, un *catarrheux*, comme il dit); cet examen est négatif; il n'y a plus de bacilles de Koch.

Observation V (personnelle). — J'ai eu dernièrement l'occasion de voir un homme de quarante-trois ans, qui vint me consulter pour des malaises que je pus rattacher à l'existence d'une aortite. Cet homme avait eu la syphilis à l'âge de vingt-six ans, syphilis qui, à son dire, n'avait pas paru grave, puisqu'elle se borna, après le chancre et la roséole, à quelques poussées de plaques muqueuses labiales pendant les deux premières années.

Or, ce qui fait l'intérêt de son histoire, c'est qu'il eut plusieurs hémoptysies avant d'avoir contracté la syphilis, et qu'il était en traitement pour « un commencement de tuberculose » lorsqu'il eut son chancre. Dès ce moment, son état empira au point qu'il crut « devenir tout à fait phtisique ». Il dut se reposer complètement pendant un an. Il toussa pendant quelques années encore; il a fait examiner ses crachats à plusieurs reprises, et ce ne fut qu'en 1896, qu'on cessa d'y trouver des bacilles (huit ans après le chancre). Aujourd'hui, il ne tousse plus, mais on peut encore constater au sommet droit, sous la clavicule, une submatité assez large. Au même niveau, on trouve des frottements pleuraux très rudes et du silence respiratoire.

Dans ces deux dernières observations, dont je n'ai pu donner qu'un résumé, car je n'ai pas suivi moi-même les malades, l'histoire des accidents est cependant suffisamment démonstrative pour que je n'aie pas hésité à les rapprocher des précédentes. C'est le même retentissement aggravant de la syphilis sur la tuberculose préexistante, pendant la période secondaire; c'est la même influence vraisemblablement heureuse dans la suite.

Observation VI (due au Dr *Dubois*, médecin adjoint du Sanatorium des Pins, à Lamotte-Beuvron). — H..., âgé de vingt-trois ans, employé de commerce à Paris, vient à la campagne en octobre 1901, pour se reposer, sous prétexte de fatigue générale.

Il vient me consulter, et je trouve au sommet gauche, en avant, de la submatité et quelques craquements; en arrière, de la respiration saccadée. Rien à droite. Il tousse dans le jour et crache un peu le matin. Amaigrissement de 4kgr,500.

Le malade me dit travailler beaucoup et mener la vie joyeuse. Il a contracté la *syphilis* il y a trois mois et présente actuellement quelques plaques muqueuses dans la gorge.

Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels, si ce n'est une *grippe* contractée l'hiver précédent et qui a duré plus d'un mois.

Je pose le diagnostic de syphilis survenue chez un malade porteur d'une épine tuberculeuse et déterminant une poussée aiguë de son affection pulmonaire latente.

Je pense qu'en modifiant le terrain par un traitement antisyphilitique sérieux et en faisant reposer le malade, qui est un surmené, on obtiendra vraisemblablement un succès rapide.

Le malade est mis au lit. Je fais prendre sa température; il avait le soir 38°,2, sans s'en douter. J'examine les petits crachats du réveil et trouve des bacilles de Koch.

Huit jours après, la température ne dépasse pas 37°,3. J'injecte alors tous les matins 2 centimètres cubes de la solution de Panas, et cela une semaine sur deux durant deux mois.

Après ce laps de temps, H... a retrouvé son poids habituel, est revenu à une température normale, tousse encore, mais ne crache plus. Son sommet gauche a retrouvé une grande partie de sa perméabilité et on ne perçoit de rares craquements qu'en le faisant tousser plusieurs fois.

Il part alors chez des parents fermiers en Normandie où, sur mon conseil, il doit vivre au grand air une année entière et continuer son traitement mercuriel sous forme de pilules de protoiodure.

A la fin de 1902, il revient me voir et je ne trouve plus rien à l'auscultation du sommet gauche, si ce n'est un peu d'hésitation de la respiration. Dans l'aisselle, quelques frottements pleuraux. Aucune manifestation syphilitique.

Bientôt il retournait à Paris, où il pouvait reprendre en partie son travail. Je ne l'ai pas revu, mais je sais, de source sûre, qu'il a retrouvé son ancienne activité et se porte à merveille depuis trois ans.

Voici encore un jeune homme qui, atteint d'une tuberculose circonscrite et presque latente, de date récente tout au moins, contracte la syphilis et voit, à ce propos, sa tuberculose subir une véritable impulsion. Mais, convenablement traité, il résiste au choc; bien plus, peu à

peu, il cicatrise ses lésions et, trois ans après, la tuberculose peut être considérée comme guérie. Cette observation, comme les précédentes, montre tout au moins que la syphilis qui survient chez un tuberculeux ne constitue pas fatalement, comme on a coutume de le croire, une aggravation. Je remercie bien sincèrement mon excellent ami le Dr Dubois d'avoir bien voulu me communiquer cet exemple, à l'appui de mon opinion.

b. — Qualités de l'infection syphilitique surajoutée.

Si l'état de la résistance générale du tuberculeux qui contracte la syphilis commande, dans une large mesure, le pronostic, il est incontestable que la qualité de cette infection syphilitique surajoutée constitue également un élément d'appréciation d'une réelle valeur.

L'avenir du malade est étroitement lié aux conséquences du choc qui résulte de la rencontre de la tuberculose et de la syphilis; ce choc est d'autant moins violent que le terrain tuberculeux est plus résistant et que l'infection syphilitique est moins sérieuse.

Nous venons de définir les conditions de résistance du terrain tuberculeux; étudions maintenant les facteurs de gravité inhérents au degré de virulence de l'infection syphilitique.

Cette question de la virulence de la syphilis est l'une des plus controversées et je ne saurais entreprendre de la discuter ici. Je ferai simplement quelques réflexions. S'il est hors de doute qu'aucun élément de certitude ne permet, dès le début de la syphilisation, de préjuger des suites éloignées de la maladie et de prédire si elle se bornera à la production des accidents secondaires ou si elle engendrera, à échéance plus ou moins tardive, des mani-

festations tertiaires; s'il est bien certain, d'autre part, que le fait d'engendrer des manifestations tertiaires peut être considéré comme un indice de gravité, il n'en est pas moins douteux que la qualité de cette gravité ne saurait être comparée à celle qui se caractérise par l'intensité des phénomènes d'intoxication profonde assez souvent observés pendant la période secondaire, tels l'anémie parfois excessive, l'asthénie, l'amaigrissement. Il est des syphilis qui, dès leur début, s'annoncent par des symptômes bruyants et qui, une fois passé l'orage, demeureront définitivement silencieuses. Il en est d'autres, au contraire, qui, sournoises et presque latentes à leur origine, frapperont, dans la suite, des coups terribles ou se cantonneront indéfiniment sur un territoire de prédilection.

La virulence de la syphilis, en un mot, se manifeste sous des formes essentiellement variables; mais, d'une façon générale, on peut lui reconnaître deux modalités essentielles : l'une dépend de son *intensité*; c'est la *virulence proprement dite*, comparable à celle de toutes les toxi-infections; c'est le degré de gravité des accidents et des troubles généraux qui marquent ses débuts; — l'autre dépend de sa *ténacité*; c'est la *conservation de virulence*; c'est le degré de fréquence et de récidive des manifestations qui peuvent apparaître au cours de ses étapes tardives.

Or, l'une et l'autre modalité dépendent de conditions et de circonstances diverses, parmi lesquelles il convient d'accorder les premières places, d'une part, aux *qualités particulières du virus dans chaque cas particulier*, d'autre part, et surtout peut-être, à l'*influence du traitement spécifique*.

Ce sont là des données classiques sur lesquelles je ne puis insister. Il était nécessaire cependant de les rappeler

en quelques mots, car elles dominent l'étude des conséquences cliniques de la syphilisation intercurrente des tuberculeux.

Lorsqu'un tuberculeux contracte la syphilis, il se trouve dès le premier moment, ainsi que je l'ai dit, dans la position d'un malade dont l'état se complique d'un surcroît de maladie; si sa tuberculose n'a pas ébranlé encore trop considérablement sa résistance générale, il pourra faire face peut-être au danger, franchir l'obstacle nouveau dressé sur son chemin; encore faut-il que cet obstacle ne dépasse pas certaines proportions.

A cet égard, je citerai une observation très intéressante dont mon ami, le Dr Venot (de Saint-Germain-en-Laye) m'a narré les étapes principales. Un homme atteint de tuberculose pulmonaire, à allures bénignes, contracte à quarante-deux ans, en 1900, une syphilis qui paraît peu virulente puisque, malgré un traitement irrégulier et peu rigoureux, elle n'a donné lieu à aucun accident depuis dix ans et a permis la procréation d'un enfant aujourd'hui âgé de 16 mois et parfaitement sain; or, cette syphilisation intercurrente n'a exercé aucun retentissement fâcheux sur l'état général et la tuberculose n'a subi, de ce fait, aucune aggravation.

Si on prend soin de lire les observations consignées dans les différents mémoires, on peut reconnaître que dans la majorité des cas, abstraction faite ici de l'état antérieur de la tuberculose, la syphilis s'est présentée avec des caractères de virulence relativement élevée ou tout au moins n'a pas été soignée. Tel fut aussi le cas dans l'une des observations personnelles (obs. I) que j'ai rapportées plus haut et à propos de laquelle j'ai déjà pris soin de faire remarquer que si la syphilis avait été combattue dès son apparition elle n'aurait peut-être

pas entraîné l'aggravation de la tuberculose préexistante.

Dans les cas, au contraire, où la syphilis a été soignée dès le début, non seulement ses manifestations propres ont été amoindries, comme il est de règle, mais ses conséquences indirectes ont été singulièrement différentes de celles que s'accordent à pronostiquer les auteurs classiques. C'est ainsi que dans les observations personnelles (II, III, IV et V) et dans l'observation du Dr Dubois (VI), relatées précédemment, la tuberculose pulmonaire, après avoir reçu de la syphilisation un coup de fouet qui provoqua une aggravation momentanée, s'arrêta dans son évolution et finit par guérir. Peut-on objecter que, dans ces cas, la syphilis fut très peu virulente? Je crois que cette objection est sans valeur; il suffit, en effet, de constater que la syphilisation fut rapidement suivie d'une accentuation de tous les signes de tuberculisation, ce qui prouve bien qu'elle ne fut pas exempte de virulence. Peut-on objecter que la syphilis n'a aucune part dans les causes de guérison, vu qu'il n'est pas rare de constater la guérison spontanée de la tuberculose? Certes, je ne prétends pas que la syphilis est le facteur indispensable de guérison de la tuberculose [1], et je crois qu'il n'est point nécessaire de devenir syphilitique pour guérir, lorsqu'on est déjà tuberculeux. Mais j'estime qu'il ne faut pas assombrir théoriquement le pronostic, en pareille occurrence, et que le fait, pour un tuberculeux, de contracter la vérole n'équivaut pas à une condamnation à mort. J'ai la conviction, et j'en veux pour preuves les observations suivies de près par moi-même pendant de lon-

[1] M. Monteverdi (*Gaz. des hôp.*, 30 juillet 1899) a soutenu l'idée d'une action favorable exercée par la syphilis sur la tuberculose; il cite le cas d'un jeune homme, atteint de tuberculose pulmonaire, qui contracta la syphilis et chez lequel la tuberculose rétrocéda.

gues années, que si la syphilis, contractée dans ces conditions, reçoit, dès l'origine, le traitement qui lui convient, le retentissement immédiat qu'elle exerce sur la tuberculose préexistante sera moins bruyant; que si le traitement spécifique est méthodiquement poursuivi et surveillé, non seulement il n'exercera dans la suite aucune fâcheuse influence sur la tuberculose, *ainsi qu'on le répète à tort*, mais que, modifiant favorablement le nouveau terrain sur lequel s'est acclimatée cette tuberculose, il aura sur elle-même une action bienfaisante et, par là, favorisera progressivement son extinction.

Cette conviction trouve sa justification dans les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus. Elle dérive, d'ailleurs, de ma conception du terrain syphilitique. Dès l'instant où le tuberculeux syphilisé a franchi la zone dangereuse que représente pour lui la période secondaire de la syphilis, c'est-à-dire la période d'activité du virus, il entre peu à peu dans ce que j'appellerais la zone de protection, c'est-à-dire la période d'extinction de virulence ; dès lors, il se trouve dans les mêmes conditions humorales que le syphilitique ancien, tuberculisé, que nous retrouverons au chapitre suivant, et chez lequel la tuberculose affecte les allures bénignes d'un catarrhe bronchique avec emphysème pulmonaire.

B. — La tuberculose éclate chez un syphilitique.

J'ai longuement insisté, lorsque j'ai étudié les relations étiologiques générales de la syphilis et de la tuberculose, sur l'importance de la syphilis comme facteur de prédisposition à la tuberculose. J'ai étudié les différents modes pathogéniques suivant lesquels les syphilitiques peuvent se tuberculiser : la *tuberculisation directe* ou greffe locale,

pouvant réaliser une lésion hybride, ou simplement une localisation à distance, — la *tuberculisation indirecte*, par atteinte portée à la résistance de l'organisme ou par prédisposition de terrain.

Ces conditions générales présentent, eu égard à la localisation sur le poumon de la tuberculose, certaines particularités que j'ai laissées de côté et qui trouveront mieux leur place dans le présent chapitre. Je les étudierai à propos de chacune des formes cliniques qu'il convient de décrire à la tuberculisation pulmonaire des syphilitiques. Or, d'une façon générale, ces formes cliniques peuvent être groupées sous deux types principaux : ou bien la tuberculose se déclare dès le début de la syphilisation, pendant la stade d'intoxication massive et de dépression générale, à l'occasion du grand « branle-bas » de la période secondaire ; ou bien, la tuberculose ne fait son apparition que plus tardivement, au cours de la période tertiaire, alors même bien souvent que la syphilis paraît éteinte depuis longtemps. Dans l'un et l'autre cas, elle affecte des allures différentes et les conséquences de son apparition sont loin d'avoir la même importance.

I. — *Tuberculisation précoce.*

Sous cette rubrique, j'envisagerai les cas dans lesquels la tuberculose fait son apparition dans les périodes initiales de la syphilisation. Encore convient-il ici de distinguer les faits en deux groupes, suivant que la tuberculisation se déclare dès les premiers mois, ou suivant qu'elle ne survient que dans le courant des premières années, dans la période intermédiaire en quelque sorte entre le secondarisme proprement dit et le tertiarisme confirmé. Je crois que cette distinction est indispensable parce

qu'elle commande, dans une mesure très large, les différences d'évolution et contient les éléments principaux du pronostic. Ellé s'appuie, d'autre part, sur des considérations pathogéniques qui paraissent parfaitement en rapport avec les données de l'observation clinique.

Dès le début de la syphilisation, l'atteinte, plus ou moins brutale suivant les cas, portée à l'organisme, diminue sa résistance et le place en état de réceptivité morbide vis-à-vis des chances d'infection par le bacille de Koch. C'est le « grand branle-bas » de Ricord, c'est le cap dangereux qu'il faut doubler et sur lequel peut s'échouer et sombrer la santé. Et il est certain qu'il n'est pas rare de voir, à ce moment, des sujets, prédisposés le plus souvent, se tuberculiser brusquement et succomber en quelques semaines aux progrès d'une phtisie galopante.

Mais si le choc initial n'a pas été trop violent, soit que l'organisme fût plus résistant, soit que la syphilis fût moins virulente, l'état de santé du sujet n'a subi aucune altération apparente. A part les quelques misères, plus ou moins ébauchées même, de la période d'infection, à part quelques poussées de plaques muqueuses, rien n'a troublé ses habitudes. Les mois se sont succédé, amenant l'oubli des craintes un instant ressenties ; le traitement, rigoureusement suivi au début, est devenu peu à peu moins régulier. Puis, sous l'influence de fatigues, de surmenage, d'excès, voici que les forces diminuent, qu'un amaigrissement progressif survient, que la toux apparaît ; c'est la tuberculose qui commence, sournoisement, lentement ; elle a trouvé un terrain propice et s'installe, à la faveur d'une laryngite, d'une trachéo-bronchite ; c'est moins parce que la syphilis a vaincu la résistance de l'organisme que parce qu'elle a ouvert, par ses manifestations secondaires locales, des portes à l'inoculation, que la tubercu-

lisation fait son apparition. Dans les cas de ce genre, il s'agit le plus souvent soit de syphilis insuffisamment traitées ou particulièrement récidivantes et rebelles, soit de syphilitiques prédisposés à la tuberculose par leurs habitudes alcooliques, leurs excès ou leurs antécédents. Sans avoir la bénignité relative de la tuberculisation tardive du tertiarisme déjà ancien, cette tuberculisation du stade avancé des périodes initiales est beaucoup moins maligne que celle des premières semaines, et peut, dans certaines circonstances, être efficacement combattue.

J'estime que ces distinctions n'ont pas été suffisamment établies par les auteurs; c'est ici, à mon sens, — abstraction faite des coïncidences possibles, — la principale raison des divergences qui les séparent dans l'appréciation du pronostic. Les uns ont observé des cas de tuberculisation éclatant en pleine efflorescence secondaire et concluent à l'extrême gravité de la tuberculose chez les syphilitiques ; les autres ont vu des sujets, syphilitiques depuis un an ou deux, contracter la tuberculose, et n'ont pas remarqué que celle-ci affectât des allures particulièrement sévères ; d'où ils concluent que la syphilis n'influence nullement la marche de la tuberculose. Il y a là une preuve, entre tant d'autres, des dangers de la généralisation en médecine. Dans cette étude de l'association de la syphilis et de la tuberculose apparaît avec un grande netteté, pour qui veut analyser rigoureusement les faits, la nécessité de distinctions nombreuses ; l'évolution et le pronostic ne sauraient être inscrits uniquement dans le fait de l'association ; ils dépendent des conditions dans lesquelles se fait cette association ; or, ces conditions sont multiples. Je reviendrai sur ces considérations d'un ordre général en synthétisant dans un chapitre d'ensemble les bases du pronostic et du traitement. Je me borne à faire

remarquer ici que ces réflexions s'appliquent tout particulièrement aux formes cliniques que j'envisage en ce moment. Le pronostic diffère suivant que la tuberculisation éclate dès le choc initial de la syphilisation, ou suivant qu'elle n'apparaît que lorsque les dernières secousses du « grand branle-bas » se sont évanouies. Et cette distinction trouve son application, précisément, dans la différence du mode pathogénique de la tuberculisation dans l'un et l'autre cas, ainsi que je l'ai déjà dit.

1° TUBERCULISATION CONCOMITANTE DU DÉBUT DES ACCIDENTS SECONDAIRES

« Si l'on consulte les statistiques, il semble que les cas graves de tuberculose pulmonaire, dit Jacquinct, appartiennent à la période où la syphilis a le plus grand degré d'activité et de virulence. »

Et, de fait, sur 40 cas graves réunis par Stieffel, 15 concernent des cas de tuberculose survenue pendant la période secondaire ou au bout de quelques mois.

Pour ma part, dans mon service de consultation de l'hôpital Necker, j'ai vu, depuis deux ans, trois malades en pleine période secondaire, syphilitiques depuis deux, trois et cinq mois, très anémiés et déprimés, se tuberculiser et la tuberculose revêtir chez eux des allures bruyantes et véritablement galopantes. Malgré mes exhortations, ils ne voulurent à aucun moment entrer à l'hôpital; ils vinrent à la consultation aussi longtemps qu'ils purent marcher. Tous les trois étaient jeunes (20 et 24 ans), bien portants auparavant. La syphilis avait débuté chez eux à grand fracas, se manifestant par une éruption secondaire extrêmement confluente, papulo-ulcéreuse chez l'un d'eux, maculeuse chez les autres, et par une altération profonde de l'état général. J'ai la conviction

que la malignité toute spéciale du virus syphilitique fut la cause de leur tuberculisation et de la marche particulièrement grave et rapide de celle-ci.

Jacquinet, Stieffel rapportent des observations analogues, recueillies par eux-mêmes ou empruntées à différents auteurs et particulièrement à Potain. Rénon [1] cite une intéressante observation, due à Dalché :

Il y a six mois, un homme de cinquante-cinq ans entra une première fois à la Pitié, salle Rayer, pour des accidents de syphilis secondaire : plaques muqueuses de la bouche, du scrotum, de l'anus; syphilides papuleuses et papulo-érosives des téguments, quelques-unes papulo-crustacées. La syphilis, grave par ses éruptions multiples et polymorphes, remontait à deux ou trois mois au plus; les traces de l'accident primitif demeuraient très nettes à la verge. Le traitement mercuriel amena une amélioration assez rapide.

Il y a deux mois environ, le malade rentre de nouveau dans le service avec une syphilide secondaire des amygdales, la voix enrouée et une grande dyspnée exaspérée par les efforts. On constate un léger tirage sus-claviculaire et diaphragmatique. L'auscultation permet de percevoir quelques râles de bronchite disséminés et un peu de rudesse de la respiration au sommet droit. A deux reprises, on ne constate pas de bacilles tuberculeux dans les crachats et M. Dalché, songeant à la possibilité de lésions syphilitiques des voies respiratoires, institue un traitement avec des frictions mercurielles. La dyspnée diminue d'une façon progressive, mais la fièvre s'allume. Au bout de quelque temps, la poitrine s'encombre très rapidement, l'oppression reparaît, et le malade meurt subitement. A l'autopsie. on constate un petit noyau tuberculeux du sommet droit et une granulie récente, sans lésions syphilitiques des voies respiratoires.

Par contre, je suis depuis quelques mois deux jeunes gens qui se tuberculisèrent dans les premiers mois qui suivirent la syphilis et chez lesquels, après une atteinte assez profonde de l'état général, la tuberculose paraît

[1] RÉNON, *L'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.* Conférences sur les maladies du cœur et du poumon. Masson, 1906.

demeurer stationnaire et ne pas affecter une gravité particulière.

2° TUBERCULOSE CONSÉCUTIVE A LA PÉRIODE DES ACCIDENTS SECONDAIRES

Lorsque j'ai étudié les relations étiologiques générales de la syphilis et de la tuberculose, j'ai souligné l'importance des laryngopathies syphilitiques comme portes d'entrée ouvertes au bacille de Koch ; et, rappelant le rôle analogue que Potain accordait à la bronchite syphilitique secondaire, j'ai insisté sur la fréquence des trachéo-bronchites subaiguës, qui ne sont souvent que le stade initial des sténoses tertiaires de la trachée et des bronches et le prélude d'une tuberculisation qui eût pu être évitée par un traitement mercuriel suffisamment prolongé et sérieux.

J'ai, également, dans la première partie de ce livre, discuté le diagnostic différentiel des pleurésies de la période secondaire, qui, dans la majorité des cas, à mon avis, et ainsi que le soutient le professeur Landouzy, « sont de support syphilitique et de nature bacillaire ».

Je ne reviendrai pas sur ces considérations qui intéressent beaucoup plus l'étude des modes pathogéniques de la tuberculisation au cours des périodes initiales de la syphilis que celle de ses caractères cliniques.

Or, la variété clinique que j'ai en vue ici présente quelques particularités qu'il est intéressant de préciser au point de vue pratique, et qui découlent de l'analyse des observations.

Il s'agit, en général, de sujets jeunes, prédisposés souvent par leurs antécédents héréditaires à la tuberculose, mais jouissant cependant d'une bonne santé au moment où ils contractent la syphilis ; ils conservent, pendant des mois, pendant deux ans, trois ans, un bon état général,

mais ils se soignent mal ou se surmènent et la tuberculose, qui les guette, ne tarde pas à se manifester; elle évolue plus ou moins sévèrement et souvent les conduit à la consomption et à la mort. Mais là encore il ne faudrait pas conclure que cette tuberculose est fatalement mortelle et toujours aggravée du fait de sa germination sur un terrain syphilitique encore récent; il n'est pas rare qu'elle ne présente aucun caractère de malignité spéciale; il n'est même pas exceptionnel de la voir s'arrêter dans son évolution et guérir.

Dans les cas de ce genre, la tuberculisation n'est plus la conséquence du choc brutal provoqué par les débuts d'une syphilis plus ou moins virulente; elle est plutôt le fait d'une sorte de prolongation de durée de la période secondaire, ou période d'activité, prolongation souvent imputable à l'insuffisance du traitement. Ici la tuberculisation ne fait plus son apparition dès les premières semaines de la syphilisation, mais seulement dans le cours des deux ou trois premières années; par opposition avec la variété précédente qui survient au moment où l'infection syphilitique atteint son maximum de virulence, elle pourrait être dite *tuberculisation de déclin*.

Observation A (personnelle). — M..., âgé de trente et un ans, débardeur, entre à l'hôpital Necker, le 12 novembre 1905. Bien portant jusqu'en 1895, époque à laquelle il contracte aux colonies des fièvres paludéennes. Depuis, il eut deux crises de fièvres intermittentes, dont la dernière il y a six mois.

En 1902, il contracte la syphilis et ne suit aucun traitement. Pendant un an, il a presque constamment des plaques muqueuses dans la bouche; sa voix s'est « enrouée » dès le début, et cette laryngite n'a jamais disparu depuis. Au mois de septembre 1904, pendant ses vingt-huit jours, il a, de nouveau, une éruption de plaques muqueuses buccales tellement confluentes qu'on le renvoie par anticipation au bout de quatorze jours.

Enfin, depuis le mois d'avril dernier (1905), il s'est mis à

tousser; il n'a pas eu d'hémoptysie, mais il crache abondamment et ses crachats contiennent des bacilles de Koch.

Depuis un mois il a beaucoup maigri et a la fièvre.

L'examen de la poitrine montre, au sommet gauche, en avant et en arrière, de la matité, avec respiration soufflante et craquements humides; à la base droite, de la submatité avec signes de pleurésie sèche.

Le malade est soumis concurremment au traitement de recalcification, suivant la méthode de Ferrier, et au traitement mercuriel (2 centigrammes de benzoate Hg en injection, chaque jour).

Après quinze jours de ce traitement, il a augmenté de 3 livres. L'état local des lésions ne paraît pas modifié. Il veut quitter l'hôpital. Je ne l'ai plus revu.

Si j'ai rapporté cette observation, ce n'est pas pour en tirer des conclusions pronostiques, je ne l'ai pas suivie assez longtemps pour cela; j'ai pensé qu'elle pouvait venir de type pathogénique, en quelque sorte, et c'est à ce titre seulement qu'elle figure ici; c'est un exemple de tuberculisation greffée sur une syphilis secondaire prolongée et non soignée.

Je pourrais citer plusieurs observations analogues recueillies dans mon service de consultation de Necker; mais les malades ont disparu trop tôt pour qu'aucune appréciation puisse être possible sur la marche de leur tuberculose.

Voici deux observations plus importantes à cet égard, que je dois à l'amabilité de mes amis les Drs Venot (de Saint-Germain-en-Laye) et Dubois (de la Motte-Beuvron).

Observation B (due au Dr *Venot*). — M. X..., jeune homme de dix-neuf ans, très vigoureux, contracte la syphilis en août 1898. Le chancre s'accompagne d'une adénopathie inguinale droite *énorme*, — telle que je ne me rappelle pas en avoir vu d'équivalente pendant mon année d'internat au Midi, — indolente, sans aucune trace d'inflammation; le chancre, du reste, ne paraissait pas présenter d'infection secondaire.

M. X... est traité régulièrement par de la liqueur de Van Swieten

et ne présente que de la roséole et quelques rares plaques muqueuses, mais il se surmène et se fatigue beaucoup.

Sa santé reste très bonne jusqu'en septembre 1900, époque à laquelle il a une première hémoptysie peu abondante, paraissant provenir de la partie moyenne du lobe supérieur gauche.

De ce moment jusqu'en août 1901, malgré le repos presque absolu, une alimentation très forte, rendue facile par le bon état des fonctions digestives, une médication appropriée (successivement cacodylate, benzoate de Hg, tanin, révulsion), un état général excellent avec conservation du système musculaire, une apyrexie presque complète, sauf quelquefois au moment de la résorption probable du sang d'hémoptysies, — malgré ces bonnes conditions, dis-je, on voit se dérouler successivement une congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche avec léger épanchement, de l'induration, puis du ramollissement du sommet gauche avec cavernes probables, de l'induration, puis du ramollissement du sommet droit.

Durant ces dix mois, il y eut, en outre, cinq hémoptysies, dont deux effrayantes (environ trois quarts de litre de sang dans les vingt-quatre heures).

Le malade part à Leysin, où il reste dix mois et où son état s'améliore; augmentation de poids; diminution de fréquence et d'abondance des hémoptysies.

Il quitte Leysin vers juin 1902, est pris, en août, d'hémoptysies formidables, retourne à Leysin où il reste jusqu'en octobre 1903, sans en tirer grand bénéfice.

On conseille alors le Midi qui paraît lui avoir réussi, car durant six mois il n'a pas eu d'hémoptysie et les signes stéthoscopiques se sont amendés.

Voici son état, au mois de décembre 1904 :

État général bon, poids moyen et sans grande variation, appétit excellent. Pas de fièvre, pas de dyspnée. Ne tousse guère que le matin et expectore environ dix crachats. — A gauche : signes de ramollissement limités au lobe supérieur, avec caverne probablement petite. A droite : signes d'induration avec ramollissement très limité (matité, respiration soufflante, très légers râles sous-crépitants).

Depuis ce moment, il a passé encore l'hiver suivant dans le Midi, et son état s'est progressivement amélioré, à tel point qu'aujourd'hui (octobre 1906), il paraît revenu à la santé. Son état général est très bon; mais il conserve des signes physiques encore très accentués au sommet.

Il convient d'ajouter, pour compléter cette observation, qu'un

oncle du malade est mort de la poitrine et que deux de ses frères, plus jeunes, avaient présenté des phénomènes de tuberculose larvée; que, d'autre part, le traitement spécifique a été complètement interrompu à partir du mois de septembre 1901 (1re hémoptysie), et qu'il n'a été repris, à faible dose d'ailleurs, que depuis 1904.

Voici donc un malade qui, au moment où il a eu sa première hémoptysie paraissait en état de santé excellente. Il était syphilitique depuis deux ans; mais la syphilis avait été très bénigne et n'avait provoqué, à ses débuts, aucun retentissement apparent sur l'état général. Il s'était soigné régulièrement, mais se fatiguait beaucoup. « Cependant, lors des premières manifestations de la tuberculose, l'impression était très bonne et l'on s'est cru, me dit Venot, en présence d'une poussée tuberculeuse devant s'éteindre rapidement. Au lieu de cela, elle a marché très vite jusque vers octobre 1903 et n'a régressé que depuis. Il paraît bien probable que la syphilis n'a pas été étrangère à la marche de cette tuberculose. »

Pour moi, je vois ici un fait comparable aux cas des tuberculeux devenus syphilitiques dont j'ai parlé dans le chapitre précédent. C'est le même coup de fouet donné par la syphilis récente à la tuberculose, mais c'est aussi, une fois passé l'orage du début, la même accalmie et je ne puis m'empêcher de songer à la possibilité d'une action frénatrice de la syphilis, parvenue à une étape plus avancée de son évolution, sur la tuberculose qu'elle a tout d'abord favorisée.

Observation C (due au Dr *Dubois*). — F. D..., âgé de vingt-sept ans, demeurant à O..., contracte la syphilis en 1900. Son père est mort de tuberculose et était alcoolique.

Il est soigné sérieusement (pilules de sublimé) et la syphilis évolue sans incidents notables.

En 1904, vers le mois de mars, D... a une légère hémoptysie qui attire l'attention du médecin, et on lui trouve, en arrière, à la

partie externe du sommet droit, un petit foyer de tuberculose pulmonaire.

Le jeune homme, frappé par cet incident, cesse la vie fort mouvementée qu'il menait, et, sans se soigner d'une manière particulière, reste à la campagne. Son état général est bon, il n'a pas maigri, n'a pas de fièvre, ne crache pas et tousse rarement.

Bientôt, il prend trop confiance en lui-même et recommence ses excès.

En juin 1905, nouvelle hémoptysie, suivie de fièvre durant une quinzaine de jours, et accompagnant l'apparition d'un nouveau foyer de tuberculose à l'angle interne du sommet droit, en arrière.

A la suite de ce second incident, le malade commence à cracher et se soigne sérieusement.

Actuellement, le premier foyer est cicatrisé et le second est en bonne voie.

Malgré le terrain héréditaire et malgré les rechutes, il est probable que D... va guérir.

Ici, nous voyons un exemple qui montre tout au moins que la syphilis est loin d'exercer toujours sur la marche de la tuberculose cette action néfaste que lui attribuent presque unanimement les auteurs. Il est vraisemblable que la syphilis a préparé le terrain pour la tuberculose, à laquelle le sujet était prédisposé déjà par ses antécédents héréditaires ; mais, elle a préparé le terrain, lentement en quelque sorte, et, loin de se déclarer à grand fracas, à l'occasion d'une altération brutale et profonde de l'état général, la tuberculisation s'est ouverte en sourdine ; l'organisme, remis du choc de la syphilisation initiale, présentait déjà un état humoral voisin de celui des périodes lointaines de la syphilis, lequel, ainsi que nous allons le voir, oriente la tuberculose vers la sclérose.

II. — *Tuberculisation tardive.*

Il me suffira de rappeler ici les considérations générales que j'ai discutées en étudiant les relations étiolo-

giques de la syphilis et de la tuberculose pour être autorisé à décrire deux variétés cliniques à la tuberculisation tardive des syphilitiques, suivant qu'elle est la conséquence d'une greffe tuberculeuse sur un syphilome pulmonaire ou suivant qu'elle est le résultat d'une prédisposition générale inhérente au terrain syphilitique.

1° TUBERCULISATION GREFFÉE SUR UNE PNEUMOPATHIE SYPHILITIQUE

Bien que j'aie surtout en vue la tuberculose du poumon, je ne saurais passer complètement sous silence les autres localisations sur l'appareil respiratoire; d'ailleurs, dans la majorité des cas elles accompagnent la tuberculose pulmonaire, soit qu'elles la précèdent et la favorisent, soit qu'elles la compliquent et la précipitent; d'autre part, elles offrent des exemples fréquents qui sont d'un intérêt considérable au point de vue de l'étude des hybrides de syphilis et de tuberculose.

C'est ainsi que les laryngopathies syphilitiques tertiaires ne sauraient nous laisser indifférents à cet égard.

Non seulement elles peuvent ouvrir la porte à une inoculation tuberculeuse qui se greffera à distance sur le poumon, mais assez souvent elles se transforment sur place en phtisie laryngée, par greffe locale. C'est ainsi que Schnitzler rapporte (*Jahresbericht*, 1882, 2) quelques observations de gommes syphilitiques devenues tuberculeuses et que Fasano raconte l'histoire de deux malades chez lesquels la phtisie laryngée galopante succéda à des lésions syphilitiques du larynx.

Pour ce qui est de la *trachée et des bronches*, il n'est pas rare, ainsi que je l'ai dit, de voir des syphilitiques manifestement atteints de trachéo-bronchite subaiguë ou chronique, voire même de sténose plus ou moins asphyxiante,

présenter à un moment donné des signes non douteux de tuberculisation surajoutée, confirmée par la constatation du bacille de Koch, jusqu'alors introuvable, dans l'expectoration.

Quant au *poumon*, j'ai relaté précédemment (page 161) l'intéressante observation que le professeur Fournier a bien voulu me communiquer verbalement et qui est la curieuse histoire clinique d'une gomme pulmonaire devenue secondairement tuberculeuse. Le professeur Fournier estime que le tissu gommeux constitue un milieu éminemment propice à la germination du bacille de Koch.

La question de l'association de lésions syphilitiques et tuberculeuses du poumon est, d'ailleurs, assez complexe, car il faut distinguer les cas où elles évoluent simultanément, mais indépendamment l'une de l'autre, de ceux où elles se confondent intimement sur le même territoire. Théoriquement, William Porter (*The medical Record*, 12 mars 1887) admettait la possibilité de l'apparition de la tuberculose dans un poumon syphilitique; mais, n'ayant jamais pu constater au microscope, sur des coupes histologiques, ni tubercules, ni bacilles de Koch, et se basant d'autre part sur l'absence de réaction thermique, il rejetait cliniquement cette hypothèse. C'est là une opinion qui doit rester limitée aux faits observés par cet auteur et qui ne saurait être généralisée.

Je ferai la même objection à l'interprétation proposée par Hiller, pour qui toute phtisie syphilitique entraînant du ramollissement et la production de cavernes serait une tuberculose entée sur la syphilis (*Charité Annalen*, Berlin, 1882-1884, t. IX). Il est permis d'admettre que cet auteur a observé des cas de tuberculose pulmonaire évoluant chez des syphilitiques; d'ailleurs, à cette époque, le

diagnostic clinique manquait de précision, en l'absence de l'élément le plus important : la constatation du bacille de Koch. Potain [1] a fait justice de cette opinion en rappelant que, si les gommes ramollies se résorbent le plus souvent et ne sont pas évacuées, il existe cependant des exemples incontestables de cavernes syphilitiques consécutives à l'évacuation par les bronches de gommes ramollies.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que la tuberculose peut se greffer sur une pneumopathie syphilitique et qu'alors les deux maladies peuvent confondre intimement leurs lésions ou poursuivre parallèlement leur évolution.

La belle observation du professeur Fournier, si elle offre un intérêt clinique de premier ordre, reste équivoque au point de vue purement nosographique, car, en l'absence d'autopsie, il n'est pas permis d'affirmer, en toute certitude, si la tuberculose s'est réellement greffée sur le tissu même de la gomme syphilitique.

Potain (*Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 1314) a publié une observation qui montre bien l'envahissement local d'une gomme syphilitique par les bacilles de Koch ; la voici :

En 1884, à l'hôpital Necker, j'ai soigné un malade qui n'avait aucun antécédent tuberculeux. Six ans auparavant, il avait eu la syphilis. Depuis deux ans, la toux, la gène respiratoire, l'expectoration abondante avaient fait leur apparition. Ce malade s'était amaigri progressivement et, à son entrée, il était dans un état de maigreur extraordinaire. Il portait la cicatrice d'une perforation du voile du palais ; son radius était considérablement augmenté de volume.

L'examen de la poitrine décelait des lésions avancées du parenchyme pulmonaire. Ce malade s'affaiblit progressivement et finit par mourir.

L'autopsie fut très intéressante. Le sommet du poumon gauche était criblé d'un semis de tubercules miliaires, quelques-uns étaient caséeux. A droite et au sommet, il y avait des petites

[1] Potain, *Semaine médicale*, 6 février 1895.

cavernes et des granulations tuberculeuses. Mais à la base d'un des poumons il existait une partie qui avait la consistance du fromage de Brie et présentait les caractères de la pneumonie blanche.

La tuberculose des sommets était démontrée par l'examen macroscopique. Le microscope permit de découvrir de nombreux bacilles de Koch. La partie inférieure, qui présentait des lésions d'apparence syphilitique, n'était pas entièrement dépourvue de bacilles de Koch, mais les bacilles n'existaient qu'en certains points.

Sokolowski (*Revue des sciences médic.*, t. XXIII, p. 256) a relaté un fait qui montre bien également une tuberculisation greffée sur une pneumopathie syphilitique.

Gouguenheim (*Bull. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 1879) a publié une observation devenue classique et citée, en général, comme un exemple d'indépendance des lésions de la tuberculose et de la syphilis pulmonaires évoluant simultanément sur le même sujet. Or, il ne paraît pas que les caractères macroscopiques soient si différents que l'avance l'auteur ; d'autre part l'absence d'examen histologique et l'absence de renseignements sur la recherche du bacille de Koch, ignoré à cette époque, autorisent certaines réserves sur la prétendue indépendance des deux ordres de lésions. Au surplus, voici cette observation :

M. Gouguenheim présente les deux poumons d'un sujet syphilitique mort dans son service, à l'Hôtel-Dieu (annexe). Ces organes sont le siège d'altérations très différentes, tout au moins au point de vue macroscopique. Le poumon droit présente une lésion récente (infiltration tuberculeuse généralisée); son volume est énorme et, à la coupe, il montre une couleur violacée très prononcée. Le poumon gauche est, au contraire, très atrophié; sa coloration est pâle; le tissu morbide est exsangue, d'une dureté pierreuse, circonscrivant des cavités de volume très variable, à parois déchiquetées; au sommet, se trouve une caverne immense; dans d'autres parties, on constate l'existence de dilatations bronchiques très nombreuses et très étendues. A la base de ce poumon et remontant un peu vers le sommet, se voit une pleu-

résie partielle remplie d'un liquide laiteux tenant en suspension de la matière caséeuse.

Enfin, pour terminer cette description, on mentionnera à la base du poumon droit l'existence d'une masse de tissu calcaire, friable, ramollie à son centre et due, soit à la régression d'une vieille gomme, soit à la crétification d'une ancienne pleurésie.

Inutile de signaler l'aspect profondément différent de ces deux lésions.

Mais ce qui fait surtout l'intérêt de ce cas, c'est que le malade, homme de quarante-cinq ans, avait été traité par M. Gouguenheim, il y a plus d'un an. Il avait alors une syphilide ulcéreuse et serpigineuse des deux avant-bras et du tronc et, aux deux jambes, des traces manifestes d'ulcérations syphilitiques et de gommes. En même temps, le malade avait l'apparence et les lésions d'un phtisique ordinaire; il était cachectique et, à l'auscultation du sommet gauche, on constatait tous les signes stéthoscopiques de l'existence d'une caverne. Il est évident que, sans la coexistence de la syphilide tertiaire, il n'y avait aucune raison d'admettre une autre maladie qu'une phtisie pulmonaire ordinaire.

Le traitement syphilitique fut administré et M. Gouguenheim eut recours au sirop de Gibert, à la dose de deux à trois cuillerées à soupe. La guérison fut complète au bout de trois ou quatre mois de traitement; le malade reprit de l'embonpoint, les signes cavitaires disparurent peu à peu et, à leur place, on ne constata plus autre chose qu'une respiration • très dure du sommet gauche. Le malade sortit et renonça depuis à tout traitement.

Cette année (1879) le malade, qui avait discontinué tout traitement, revint dans le service de M. Gouguenheim; son état était déplorable, la cachexie excessive; les signes cavitaires du sommet gauche s'étaient reproduits; le poumon droit, indemne auparavant, était envahi. Le traitement spécifique, employé aussitôt, dut, cette fois, être discontinué, le malade ne le supportant pas. La mort eut lieu dans le marasme le plus complet. En un mot, cet homme, atteint d'une phtisie syphilitique du poumon gauche, succomba à une infiltration tuberculeuse du poumon droit.

Abstraction faite des réserves que j'ai formulées plus haut sur l'interprétation contenue dans cette dernière phrase, je ne saurais omettre de faire remarquer tout

l'intérêt qu'il y aurait, si un fait analogue s'offrait à l'observation, à faire de nombreuses coupes microscopiques, qui permettraient peut-être de reconnaître dans le poumon les caractères histologiques de l'hybridité syphilo-tuberculeuse, que Leloir a décrits dans la peau. Au point de vue pratique, il me paraît indispensable de dégager l'enseignement que comporte cette observation : n'est-il pas vraisemblable que si le traitement spécifique avait été continué plus longtemps, l'amélioration aurait été suivie d'une cicatrisation complète des lésions syphilitiques du poumon, et que, par suite, la tuberculisation aurait pu être évitée ? Enfin, et c'est là une considération sur laquelle j'insisterai au chapitre du traitement, j'estime que les observations anciennes, qui signalent l'intolérance des syphilitiques tuberculisés pour le traitement spécifique, n'ont pas, à cet égard, une valeur absolue ; il faut tenir compte du mode d'administration du traitement ; s'il est évident que les tuberculeux s'accommodent mal de l'iodure et de l'ingestion des préparations mercurielles, il me paraît certain que les tuberculeux syphilitiques s'accommodent bien des injections mercurielles et en tirent le plus grand profit.

A propos de cette variété clinique d'association de la tuberculose et de la syphilis, il est permis de se demander si toutes les observations de pneumopathies survenues chez des syphilitiques et guéries par le traitement spécifique se rapportent vraiment à des pneumopathies syphilitiques, ou si quelques-unes d'entre elles, tout au moins, ne sont pas des cas d'hybrides de syphilome pulmonaire et de tuberculose. Je me suis efforcé de montrer, dans la première partie de cette étude, que le diagnostic différentiel entre la phtisie tuberculeuse et

la phtisie syphilitique présentait les plus grandes difficultés et que le principal, sinon l'unique, élément de certitude était représenté par les résultats du traitement d'épreuve. Mais la preuve anatomique fait défaut, puisque précisément le malade guérit. Or, le point important serait de savoir si la guérison est définitive et se maintient. Le malade de Gouguenheim a été amélioré une première fois dans des proportions telles qu'il fut considéré comme guéri et cessa tout traitement. Rien ne prouve qu'il ne fût déjà tuberculisé à ce moment; auquel cas, on peut admettre que, à l'instar de ce qui se passe pour les hybrides de syphilis et de lupus, le traitement spécifique a fait disparaître l'élément syphilitique de la lésion pulmonaire et n'a pas atteint l'élément tuberculeux, qui a continué d'évoluer pour son propre compte. Cette réflexion vise surtout à établir deux propositions: 1° il est vraisemblable, il est probable que l'hybride de syphilis et de tuberculose pulmonaire est plus fréquente qu'on ne le croit; il est possible que chez un tuberculeux syphilitique, arrivé au tertiarisme, la tuberculose pulmonaire, si différenciée qu'elle paraisse, de par la constatation du bacille de Koch, soit associée, sur le même point ou en des territoires voisins, à la syphilis pulmonaire ; 2° c'est probablement pour ces raisons que le traitement mercuriel améliore et guérit souvent la tuberculose des syphilitiques, lorsqu'il est institué en temps opportun et poursuivi suffisamment longtemps, et c'est pourquoi, chez un syphilitique l'amélioration d'une pneumopathie par le traitement d'épreuve ne suffit pas rigoureusement à exclure la possibilité d'une association tuberculeuse.

2° TUBERCULISATION TARDIVE PAR PRÉDISPOSITION INHÉRENTE AU TERRAIN SYPHILITIQUE

J'ai défini le *terrain syphilitique* (voir page 170) : « une sorte d'état humoral procédant d'une syphilis ancienne et éteinte, et transmissible à la descendance », et je me suis efforcé de montrer qu'il constitue une prédisposition toute spéciale à la tuberculisation. Dans les faits que j'ai en vue ici, il ne s'agit plus de tuberculose greffée sur des lésions tertiaires du larynx, des bronches ou du poumon, mais de tuberculose développée à la faveur d'une aptitude humorale en quelque sorte spécifique. Or, ce que je veux essayer d'établir c'est que, si le terrain syphilitique, ainsi délimité, représente un milieu d'élection pour la tuberculisation, il paraît jouir, d'autre part, de propriétés particulières, grâce auxquelles la tuberculose est, en quelque sorte, entravée dans son développement. En d'autres termes, si la tuberculose est très fréquente chez les anciens syphilitiques, elle tend à affecter chez eux des allures particulièrement torpides et bénignes.

« Les malades ressortissant à cette variété chronologique d'association morbide, dit Landouzy, m'ont paru, dans une dizaine de cas au moins, faire une tuberculose toute particulière, laquelle tuberculose s'affirmait, au point de vue anatomo-pathologique, plutôt fibreuse, et au point de vue évolution, lente, torpide, apyrétique, non diffusante. C'est à propos de cette catégorie de malades, anciens syphilisés, néo-tuberculeux, que j'ai l'habitude de dire familièrement qu'ils aboutissent au *sclérolate de tuberculose.* » C'est également ce qui découle des statistiques de Stieffel, qui, établit que, sur trente cas considérés comme légers, la syphilis remontait toujours à plus de six ans et le

plus souvent à 10 ou 20 ans. Pour ma part, j'ai la conviction que bon nombre de tuberculoses fibreuses et de scléroses pulmonaires n'ont pas d'autre origine qu'une syphilis ancienne, quelquefois ignorée ou méconnue. Grâce à la recherche systématique des indices révélateurs, dont j'ai montré l'importance dans la première partie de cette étude, j'ai pu, bien des fois, constater le bien fondé de cette opinion et dépister le terrain syphilitique sur lequel avait germé la tuberculose. C'est ainsi que la leucoplasie buccale, les modifications des réactions pupillaires, les signes plus ou moins accentués d'aortite, m'ont souvent fait découvrir la syphilis dans le passé de tuberculeux torpides, à type d'emphysémateux. C'est pourquoi, tout en me gardant de généraliser à l'excès, je crois que la constatation de symptômes de tuberculose fibreuse doit faire songer à la possibilité de l'existence de la vérole dans le passé du malade; je ne dis pas que toute tuberculose fibreuse reconnaît cette origine, car je sais fort bien que les causes de cette forme de tuberculose sont nombreuses; je dis que la syphilis est une cause fréquente de tuberculose fibreuse et que la tuberculose fibreuse doit inviter le médecin à rechercher méthodiquement les stigmates et les indices révélateurs de la syphilis.

Voici quelques observations parmi celles que j'ai pu recueillir et qui m'ont conduit à cette conclusion :

1re Observation (personnelle). — X..., âgé de quarante-six ans, peintre, entre le 1er août 1904, à l'hôpital Laënnec, salle Cruveilher, n° 14.

Antécédents héréditaires : père éthylique mort de pleurésie à quarante-huit ans.

Antécédents personnels : enfance maladive et chétive; à seize ans, blennorragie; à vingt ans, nouvelle blennorragie, suivie de rhumatisme.

A vingt-trois ans (1885), chancre syphilitique, suivi deux mois

après d'une roséole typique et de plaques muqueuses buccales et anales. La syphilis, bien traitée pendant quatre ans, suit une évolution bénigne; aucun accident nouveau.

Cinq ans après (à vingt-huit ans), il se marie. Il a d'abord une petite fille mort-née, puis un petit garçon qui meurt de méningite à deux ans. Enfin, sa femme fait une fausse couche, des suites de laquelle elle meurt.

En 1899 (à trente-neuf ans), il cesse d'exercer son métier de voyageur de commerce et se fait peintre en bâtiments. Cette année-là il se met à tousser; cinq ou six mois après le début de cette toux survient une hémoptysie. En même temps le malade constate qu'il maigrit, qu'il s'affaiblit; finalement, il dut cesser de travailler. Il continue à toussoter; mais son état général s'améliore.

En 1901, il est atteint de grippe et, quinze jours après, d'une pleurésie gauche qui dure deux mois et demi et s'accompagne, au début, d'une fièvre élevée. Cette pleurésie le laisse très affaibli.

En 1903, alors qu'il allait beaucoup mieux, survient une nouvelle hémoptysie. Dès ce moment, le malade voit augmenter son essoufflement : il a de la dyspnée d'effort et ne peut faire un travail fatigant. Il entre à Laënnec au mois de novembre et en sort à la fin de janvier. Pendant cette période, il est traité comme tuberculeux.

Enfin le 1er août 1904, il rentre à Laënnec. A ce moment il se plaint des mêmes symptômes : raucité de la voix, toux, oppression, respiration sifflante, expectoration abondante, composée de crachats nummulaires et de mucus spumeux et filant. Il ne donne pas l'impression d'un amaigrissement notable.

Son thorax est bombé comme celui d'un emphysémateux. Aux deux sommets la percussion donne de la submatité et de la sonorité dans le reste. L'auscultation du sommet droit permet de constater une respiration rude et soufflante avec quelques râles sous-crépitants; le sommet gauche est seulement soufflant et moins que le droit. La respiration dans le reste du poumon est nettement emphysémateuse, avec râles sibilants et ronflants; à la base gauche, frottements pleuraux et signes de symphyse ancienne.

Les autres appareils paraissent sains, sauf l'appareil circulatoire : hypertension artérielle (21), clangor du 2e bruit aortique.

Les réflexes rotuliens sont complètement abolis, mais il n'existe aucun autre signe qui puisse permettre d'affirmer le tabes.

Dans la bouche, plaques de leucoplasie sur les commissures labiales et sur la pointe de la langue.

L'examen des crachats montre quelques très rares bacilles de Koch, isolés et mal colorés.

En résumé : tuberculose fibreuse, à type d'emphysème et de bronchite chronique, chez un ancien syphilitique présentant, comme autres manifestations révélatrices, de la leucoplasie buccale, de l'aortite avec hypertension artérielle, et une abolition des réflexes rotuliens qui peut indiquer un début de tabes.

J'ai revu le malade, deux ans après, à la consultation de Necker; il était toujours dans le même état, donnant beaucoup plus l'impression d'un emphysémateux que d'un phtisique.

2ᵉ Observation (personnelle). — Le G..., cinquante-huit ans, tailleur, entre le 25 novembre 1905, salle Vernois, à l'hôpital Necker, parce qu'il tousse et est oppressé.

En 1871, il a contracté la syphilis; pendant deux ans, il a eu plusieurs fois des plaques muqueuses dans la gorge ; en 1878, il eut une gomme sur la jambe gauche, dont on voit encore la cicatrice. Il n'a soigné sa syphilis que par à-coups et très incomplètement.

Il est éthylique.

Depuis 1875, il tousse toujours, il a eu une hémoptysie en 1878; il n'en a jamais eu depuis.

Actuellement, il dit avoir été mouillé il y a quatre jours et tousse beaucoup plus que d'habitude.

Il crache abondamment (expectoration de bronchite); la poitrine est pleine de râles sonores.

Quelques jours après, lorsque la bronchite est guérie, on constate aisément aux deux sommets, principalement à droite, de la submatité avec résistance au doigt; la respiration est obscure et rude, avec quelques frottements superficiels; dans les parties moyennes des poumons, la respiration est emphysémateuse.

L'expectoration, moins abondante qu'au moment de l'entrée, est composée de crachats épais, grisâtres, nummulaires, dans lesquels on peut colorer de très rares bacilles de Koch.

C'est donc encore ici un exemple de tuberculose fibreuse, évoluant d'une façon torpide et lente chez un ancien syphilitique.

Ce qui est intéressant, c'est que cet homme a sur la langue et les commissures des plaques de leucoplasie, — qu'il présente, d'autre part, quelques signes d'artério-sclérose : retentissement du 2ᵉ bruit aortique, hypertension artérielle (22), crampes dans les jambes, bourdonnements d'oreilles, pas d'albumine cepen-

dant, — que ses pupilles sont inégales avec conservation toutefois du réflexe d'accommodation.

3e Observation (personnelle). — P..., quarante et un an, typographe, entre salle Chauffard, à l'hôpital Necker, le 16 août 1906.

Il vient à l'hôpital, parce qu'il souffre d'oppression après le moindre effort, la marche, l'ascension d'un escalier.

A dix-huit ans, il a eu la blennorragie.

A vingt-sept ans, il a contracté la syphilis; il s'est fait soigner au Midi pendant six mois. Il a eu quelques poussées de plaques muqueuses. Depuis douze ans, aucun accident.

A vingt-huit ans, il eut une congestion pulmonaire (peut-être fut-ce la première manifestation tuberculeuse, en pleine période secondaire, pendant le stade de dépression générale).

A trente-cinq ans, pleurésie gauche, qui l'immobilisa pendant quatre mois à Broussais.

Il a toujours « toussaillé » depuis, n'a jamais eu d'hémoptysie, n'a pas maigri.

Depuis sa pleurésie, mais surtout depuis deux ans, il a de la dyspnée d'effort.

A l'examen des poumons, signes d'emphysème généralisé avec matité de la base gauche (symphyse pleurale) et submatité des deux sommets, qui respirent mal; au sommet gauche, en arrière, craquements humides. Bacilles rares et isolés dans l'expectoration. Le cœur est gros, vibrant; le 2e bruit aortique est métallique; le pouls est tendu (21).

Pas d'albuminurie; pollakyurie.

Leucoplasie buccale et linguale.

Aucune modification des pupilles.

4e Observation (personnelle). — M..., âgé de cinquante ans, journalier, entre le 19 novembre 1905, salle Vernois, à Necker.

Entre à l'hôpital parce qu'il tousse continuellement.

Contracte la syphilis à dix-neuf ans; n'a jamais eu d'autres accidents que ceux du début.

S'est marié à vingt-neuf ans et a eu quatre enfants, dont deux sont morts en bas âge, l'un de méningite et l'autre de gourme (?); des deux enfants restés vivants, un garçon a eu un mal de Pott, étant jeune, et une fille a présenté des crises épileptiques.

A l'âge de trente-cinq ans, il a eu une fluxion de poitrine, au cours de laquelle il a craché le sang.

Il tousse continuellement depuis trois ans, mais surtout depuis un mois.

L'examen des poumons révèle des signes de bronchite chronique et d'emphysème, avec craquements humides et souffle cavernuleux au sommet gauche.

Le 2e bruit aortique est clangoreux; le pouls est lent (60 pulsations) et tendu (22). Pas de bruit de galop; pas d'albuminurie. Les pupilles sont inégales et réagissent avec lenteur et seulement en présence d'une lumière vive.

Leucoplasie buccale et linguale.

En outre des ressemblances symptomatiques que cette observation présente avec les précédentes, elle offre une particularité sur laquelle je crois bon d'attirer à nouveau l'attention; je veux parler des manifestations tuberculeuses (mal de Pott, méningite) et parasyphilitiques (épilepsie) observées chez les enfants du malade.

5e Observation (personnelle). — Q.., âgé de quarante-six ans, cordonnier, entre le 9 novembre 1905, salle Vernois, à Necker.

Ses parents sont morts très âgés (soixante-treize et soixante-dix-sept ans).

Il n'a jamais été marié et n'a jamais eu d'enfants.

A vingt-huit ans, il contracte la syphilis et est soigné pendant six semaines, avec des frictions mercurielles, à l'Hôtel-Dieu de Roubaix.

Deux ans après, il eut, à la face interne des jambes, des ulcérations gommeuses qui furent soignées par le même traitement.

Il y a sept ans, il fut atteint d'une congestion pulmonaire, à la suite de laquelle il eut de la bronchite tous les hivers. Mais cette bronchite chronique s'est surtout accentuée depuis deux ans. Il n'a jamais eu d'hémoptysie. Depuis quelques jours il tousse davantage ayant été mouillé. L'auscultation des poumons révèle des signes d'emphysème avec bronchite généralisée et foyer de ramollissement du sommet gauche.

Hypertension artérielle (23), bruit de galop, polyurie et albuminurie légère.

Leucoplasie linguale.

Je trouve inutile de transcrire ici toute la série des observations à peu près identiques que j'ai réunies. C'est toujours, à quelques variantes près, le même ensemble de

symptômes, la même évolution générale. Voilà, certes, un type clinique des plus fréquents ; j'oserais presque dire qu'il suffit de le chercher pour le trouver rapidement et qu'il n'est guère de matinée où parmi les malades qui se présentent à la consultation de Necker, nous ne puissions en dépister un de ce genre. Tantôt c'est un soi-disant emphysémateux, traînant un catarrhe chronique depuis des années, et qui n'est en réalité qu'un tuberculeux ; tous les médecins connaissent bien aujourd'hui cette forme fibreuse à allure d'emphysème et de bronchite chronique de la tuberculose. Tantôt l'emphysème est à peine développé, mais la dyspnée n'en est pas moindre ; c'est que le système circulatoire est atteint ; l'aortite, l'hypertension, l'artério-sclérose, avec leur cortège de conséquences, prennent le pas sur le foyer torpide de tuberculose fibreuse.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter sur les rapports de l'artério-sclérose avec la tuberculose. Je ne saurais cependant m'abstenir de rappeler la prédilection qu'affecte pour le système artériel la syphilis et particulièrement la syphilis ancienne. Or, il paraît bien évident que les allures particulières de la tuberculose qui évolue sur le *terrain syphilitique* sont étroitement liées à l'existence d'altérations concomitantes du système artériel. Dans toutes les observations que je viens de relater, la tuberculose fibreuse se rencontre avec les signes de l'artério-sclérose, avec l'aortite, voire même avec la néphrite interstitielle. Presque toujours, sinon toujours, la tension artérielle est notablement élevée ; cette hypertension, plus sans doute que l'artério-sclérose confirmée, dont elle n'est si souvent que le prélude, est peut-être la cause principale de la marche particulière de la tuberculose en pareil cas. C'est là d'ailleurs une idée qui a été soutenue par Handford (*Semaine méd.*, 1891, p. 319) ; pour ce médecin, la bénignité de la

tuberculose des artério-scléreux doit être attribuée, non pas à la tendance sclérosante du processus, mais à l'élévation de la tension artérielle. Ce qui est bien certain, c'est que, en même temps qu'elle revêt les allures de l'emphysème et de la bronchite chronique, la tuberculose des anciens syphilitiques s'accompagne avec une fréquence manifeste de poussées congestives actives, se traduisant bien souvent par des hémoptysies périodiques plus ou moins abondantes.

Ces considérations, que l'observation clinique autorise, sont d'un intérêt capital pour la discussion pathogénique. Cependant, il est permis de penser que, si les anciens syphilitiques « répondent d'ordinaire à la tuberculose en sclérogénisants qu'ils sont » (Landouzy), ce n'est pas uniquement parce qu'ils sont devenus ou deviennent des artério-scléreux ou des hypertendus, car le fait n'est ni constant, ni fatal. On peut admettre que chez eux le processus de sclérose est parfois l'aboutissant d'une réaction inflammatoire particulièrement active, dont l'origine peut être cherchée dans les qualités humorales spécifiques du *terrain syphilitique*. C'est là une hypothèse qui semble bien trouver sa justification dans l'évolution fibreuse de la tuberculose qui frappe non plus des syphilitiques anciens, c'est-à-dire des sujets chez lesquels les origines de la syphilis remontent à quinze ou vingt ans, mais des sujets chez lesquels la syphilis, sans être récente, est encore en état d'activité, c'est-à-dire remonte à cinq ou six ans. Il y a là une catégorie intermédiaire à celle des vieux syphilitiques et à celle des syphilitiques tuberculisés d'une façon précoce, que j'ai envisagés dans un chapitre précédent. Chez les malades que j'ai maintenant en vue, la tuberculose trouve un terrain plus propice à sa germination ; ce n'est plus la menace d'une

phtisie galopante, comme aux premières périodes de la syphilisation, mais ce n'est pas encore la garantie d'une évolution torpide, comme aux périodes d'extinction de l'infection syphilitique; c'est le doute, le doute entre l'extension progressive ou la cicatrisation sur place. Le pronostic dépendra autant de la virulence du bacille inoculé que de la résistance du terrain, or, à ce moment, la résistance du terrain se juge essentiellement d'après la dose, si je puis dire, du traitement suivi. Dans les cas auxquels je fais allusion en ce moment, la syphilis, pas encore éteinte, et la tuberculose, en évolution, combinent en quelque sorte leurs effets, retentissent l'une sur l'autre et réalisent une sorte d'hybridité de terrain, une variété de « scrofulate de vérole » qui ne serait qu'humorale. J'en veux pour preuve (clinique tout au moins) que l'une appelle volontiers l'autre sur son propre terrain; c'est ainsi que chez les syphilitiques tuberculisés il est fréquent de trouver des localisations testiculaires, ganglionnaires, osseuses ou articulaires, qui, bien souvent, sont améliorables, en partie tout au moins, par le traitement spécifique, qui, parfois, guérissent radicalement, qui, dans d'autres circonstances, demeurent réfractaires à l'action du mercure.

Voici deux observations de ce genre :

1re Observation (personnelle). — C..., âgé de vingt-six ans, vient consulter à l'hôpital Necker, le 2 mars 1906, parce qu'il tousse et a des glandes au cou.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire.

Sa mère est bien portante.

Il n'a jamais eu d'autre maladie que la rougeole à l'âge de six ans.

En 1900 (à vingt ans), il contracte la syphilis et se fait soigner rigoureusement au Midi; pendant deux ans, il prend, avec des intervalles de repos, des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium, sans avoir aucun nouvel accident.

Mais depuis dix-huit mois il s'est mis à tousser; au mois de novembre 1905 et en janvier 1906, il a eu de petites hémoptysies qui l'ont obligé à se reposer quelques jours.

Depuis six semaines, son état s'est aggravé; il a maigri de 5 kilogrammes, a des sueurs nocturnes, tousse davantage et crache abondamment.

Il a vu apparaître, dans les trois derniers mois, le long du sterno-mastoïdien gauche, trois glandes superposées, du volume d'une petite noix; actuellement, cette adénite reste indolente, dure, et roule sous le doigt.

Le poumon droit paraît intact. Mais, à gauche, il existe de la submatité au sommet, en avant et en arrière, avec craquements secs et humides; respiration emphysémateuse dans tout le reste du poumon, avec congestion de la base.

Leucoplasie buccale et linguale.

Le malade, ne pouvant venir chaque matin pour recevoir une injection mercurielle soluble, est soumis aux frictions (5 grammes d'onguent napolitain chaque jour), et au traitement de recalcification de Ferrier.

Un mois après, l'état général est meilleur, l'anémie est moins profonde, les sueurs ont cessé, l'appétit est revenu, et le poids a augmenté de 2 kilogrammes.

L'adénite cervicale persiste, mais très manifestement atténuée.

Le malade ne tousse presque plus et crache beaucoup moins.

Les signes stéthoscopiques sont peu modifiés, si ce n'est que la congestion de la base gauche a disparu.

Je fais continuer le traitement.

J'ai revu le malade trois mois après; il avait passé ces trois mois à la campagne et avait fait deux séries de quinze frictions mercurielles séparées par six semaines de repos; il avait continué de suivre, sans interruption, le traitement de Ferrier.

Il allait beaucoup mieux; mais l'adénite persistait, et la lésion du sommet gauche paraissait stationnaire.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est, d'une part, cette sorte d'hybridité de terrain, accusée par les caractères de l'adénite cervicale, et d'autre part, l'heureuse influence d'un traitement spécifique qui semble avoir enrayé une poussée aiguë, annoncée, dans le cours d'une tuberculose torpide, par une aggravation brusque de l'état général.

2e Observation (personnelle). — B..., quarante-quatre ans, journalier, entre à Necker, salle Chauffard, lit n° 12, le 5 août 1906, se plaignant de tousser.

Son père est mort à soixante-douze ans, paralysé; sa mère est morte subitement à quarante ans.

Il a eu la rougeole étant tout jeune, et a contracté la syphilis en 1900; il s'est soigné pendant un an.

Il y a un an, il a commencé à tousser, puis à maigrir, a perdu ses forces; il transpire la nuit, et crache de temps en temps des filets de sang; il a de la dyspnée d'effort.

L'examen des poumons révèle de la matité aux deux sommets en arrière, et de la sonorité dans le reste et surtout en avant; l'inspiration est humée, et l'expiration prolongée et sibilante dans toute l'étendue des poumons. Aux deux sommets, il y a des craquements secs en arrière; en somme, ce qui domine, c'est l'emphysème.

Le cœur est impulsif; les carotides sont animées de battements très forts; le pouls est tendu.

Leucoplasie sur les deux commissures labiales.

Très rares bacilles dans les crachats.

Voici, *en résumé*, un homme, syphilitique depuis cinq ans, qui se tuberculise et chez qui la tuberculose, dès son début, tend vers l'évolution fibreuse et revêt les allures de l'emphysème pulmonaire.

C. — Tuberculisation pulmonaire des hérédo-syphilitiques.

J'ai dit toute ma pensée sur l'importance de l'hérédité syphilitique dans l'étiologie de la tuberculose. Je n'y reviendrai pas, me bornant à rappeler ici que la tuberculisation dans l'hérédo-syphilis peut, comme dans la syphilis acquise, être *directe* ou *indirecte*, suivant qu'elle est la conséquence d'une inoculation bacillaire sur une lésion spécifique, ou suivant qu'elle résulte d'une aptitude humorale spéciale inhérente au terrain syphilitique et transmissible héréditairement.

Or, lorsque la tuberculose survient chez un hérédo-syphilitique, elle présente parfois des particularités qui la distinguent de la tuberculose commune et qu'il est utile d'indiquer en quelques mots.

C'est ainsi que, chez les enfants du premier âge, la tuberculose évolue le plus souvent sous la forme d'une broncho-pneumonie à marche plus ou moins rapide ou lente, mais ne donne qu'exceptionnellement naissance à la production de cavernes. Or, ainsi que l'enseigne le professeur Hutinel, lorsqu'on trouve une caverne pulmonaire, l'enfant est toujours un enfant de syphilitique; et il ne s'agit pas ici de caverne gommeuse de nature syphilitique, de pneumopathie syphilitique, mais bien de tuberculose, ainsi que le démontrent l'examen histologique et la constatation du bacille de Koch. Il est vrai que nous savons quel excellent terrain le tissu des gommes syphilitiques constitue pour la germination du bacille de Koch; il est donc permis de supposer que, dans les cas de ce genre, la syphilis pulmonaire a pu précéder la tuberculose, et même lui ouvrir en quelque sorte la porte. Quoi qu'il en soit, il y a là un type anatomo-clinique qui mérite d'être connu, et dont il serait intéressant de préciser la pathogénie; au point de vue pratique, il pourrait être utile, si des signes physiques suffisamment nets permettaient de diagnostiquer semblable caverne du vivant de l'enfant, d'instituer le traitement spécifique; il ne faut pas oublier, en effet, que le traitement mercuriel peut modifier avantageusement une hybride de syphilis et de tuberculose, et même influencer heureusement une tuberculose développée sur un terrain syphilitique.

C'est là une opinion que je soutiens depuis longtemps et qui trouve, entre autres preuves, sa justification dans la très curieuse observation que Barthélemy rapporte dans son mémoire (*Congrès de la tuberculose*, octobre 1905) :

Je me rappelle encore, dit-il, un enfant de onze ans, dont le

père et la mère étaient morts. La mère était une femme de mauvaise vie que le père avait épousée malgré sa famille. Celle-ci n'ayant pas voulu recevoir le jeune ménage, les époux s'en allèrent au loin. Au bout de quelques années, le surmenage, le défaut d'hygiène, l'alcoolisme et la misère firent leur œuvre, et les époux succombèrent sans qu'on sût au juste à quoi ni à quelle maladie. L'orphelin fut ramené aux grands-parents qui se chargèrent de l'élever et qui me l'amenèrent.

L'enfant était tuberculeux; de nombreux bacilles furent trouvés dans les crachats, et les signes stéthoscopiques indiquaient des lésions déjà avancées. Mais, en même temps, il y avait des ostéomes gommeux qui suppuraient au front, à l'os malaire, au tibia, au fémur. Il y avait des adénopathies multiples. Il me fut facile de reconnaître les stigmates de l'hérédo-syphilis, et je conseillai de traiter par le mercure cet hérédo-syphilitique avéré, devenu tuberculeux.

Les enfants de sept à quatorze ans tolèrent à merveille l'huile grise; je choisis ce mode de traitement. Au bout de six mois, les lésions osseuses et cutanées, qui duraient depuis plusieurs années, guérirent. Mais, chose remarquable et inattendue, les lésions pulmonaires, qui étaient profondes (gros râles et souffles cavitaires), étaient très diminuées. L'état général devenait bon. Bref, l'amélioration s'accentua au fur et à mesure que le traitement spécifique était administré. Dans l'espace de deux ans, la guérison pouvait être considérée comme obtenue.

J'avais naturellement prescrit le traitement antituberculeux en même temps que le traitement mercuriel (vie à la campagne, suralimentation, huile de foie de morue, polyphosphates, arsenic, viande crue râclée, lavements créosotés, etc.).

Les bacilles tuberculeux disparurent au fur et à mesure que le substratum hérédo-syphilitique guérissait sous l'influence du mercure : j'ai observé, à plusieurs reprises, du côté de la peau, de semblables effets que j'ai pu étudier et suivre exactement.

J'ai souligné à dessein la dernière phrase de cette instructive observation, parce qu'elle est une confirmation éclatante des idées que je ne cesse de soutenir depuis la première page de cet ouvrage, et que je m'efforcerai de condenser dans le prochain et dernier chapitre.

A côté des faits précédents, dans lesquels la tuberculose évolue sur des hérédo-syphilitiques en puissance d'accidents spécifiques [1], prennent place ceux dans lesquels elle apparaît chez des sujets issus de souche syphilitique, mais qui ne présentent plus depuis longtemps d'accidents de nature syphilitique. Ici il ne s'agit plus de symbiose proprement dite d'une syphilis en activité et d'une tuberculose en évolution, mais simplement d'une tuberculisation développée sur un terrain syphilitique, au sens que j'ai donné à ce mot. Dans ces conditions, la tuberculose se comporte en général comme celle des anciens syphilitiques, c'est-à-dire qu'elle revêt des allures bénignes et torpides et tend à la sclérose pulmonaire.

En voici un exemple :

C... Marie, âgée de vingt-trois ans, vient à l'hôpital Necker, le 15 octobre 1905, parce qu'elle a craché le sang trois fois depuis quinze jours.

Elle n'a pas connu son père; sa mère est morte poitrinaire, il y a dix ans, et son frère également, il y a un an.

Elle ne se souvient pas d'avoir été malade dans son enfance; elle sait seulement qu'elle a toujours eu de *grosses glandes* au cou.

Elle nasonne en parlant, et dit qu'elle a toujours parlé ainsi et que cela ne la gêne pas.

Elle est pâle; elle a de la blépharite chronique, et presque pas de sourcils; elle a un gros nez et de grosses lèvres; ses dents sont irrégulièrement implantées; mais elle ne présente, en réalité, aucun stigmate évident d'hérédo-syphilis, et a plutôt l'aspect d'une strumeuse. Cependant, lorsqu'on examine sa bouche, on constate une perforation, petite et circulaire, du palais, qui ne laisse aucun doute sur l'existence de l'hérédo-syphilis, car elle a toujours existé, dit la malade.

Or, elle tousse depuis trois ans et a maigri depuis cette époque; chaque hiver elle s'enrhume, et ne cesse de tousser jusqu'au printemps. Cependant, elle a conservé un état général satisfaisant

[1] Voy. aussi Guidone, Sur la symbiose du processus syphilitique et tuberculeux. *La Riforma medica*, 4 oct. 1895, p. 50.

et très bon appétit. Mais elle est toujours oppressée et « ne respire jamais jusqu'au fond ».

Il y a quinze jours, après une violente quinte de toux, elle crache quelques caillots de sang; l'hémoptysie se renouvelle trois jours et six jours après.

C'est pour cela surtout qu'elle vient consulter.

L'examen de la poitrine montre un thorax bombé d'emphysémateux; la respiration est humée, sifflante dans les deux poumons; au sommet gauche, en arrière, il y a de la submatité et des craquements secs avec frottements pleuraux. L'examen des crachats montre de très rares bacilles de Koch.

En résumé, voici une jeune fille chez laquelle la syphilis héréditaire, affirmée par les caractères de la perforation palatine, a pris, dans l'enfance, les allures de la scrofule (facies strumeux, adénites cervicales), et s'est compliquée, vers la vingtième année, d'une tuberculose pulmonaire torpide, simulant l'emphysème et l'asthme.

Cette évolution est comparable à celle que revêt la tuberculose chez les anciens syphilitiques; et il me paraît intéressant de faire ce rapprochement qui, à mon sens, trouve sa justification dans des conditions pathogéniques identiques, eu égard tout au moins au terrain syphilitique, et abstraction faite de la différence d'âge des sujets.

Pour terminer ce chapitre, je pourrais rappeler ce que j'ai dit précédemment relativement à l'intérêt que présente, à mon sens, l'enquête méthodique sur la recherche de la syphilis dans le passé des ascendants des tuberculeux. J'ai réuni quelques observations qui m'ont conduit à penser que la tuberculose pulmonaire n'est peut-être qu'une conséquence indirecte de l'hérédité de terrain syphilitique, puisque, dans tous les cas où je connaissais la famille de mes tuberculeux, j'ai toujours trouvé la syphilis chez le père. Ici, le terrain syphilitique sur lequel

a germé la tuberculose n'est plus l'aboutissant d'une hérédo-syphilis ancienne et éteinte; il est le résultat d'une simple imprégnation humorale, transmise héréditairement, à l'exclusion de toute hérédité de graine. Et c'est ainsi que la tuberculose pulmonaire, abstraction faite de toute association évidente, devrait toujours trouver sa place dans une étude sur les manifestations de l'hérédité syphilitique.

III

Pronostic général et traitement.

Lorsque j'ai étudié les caractères cliniques et l'évolution des diverses modalités que peut revêtir l'association de la syphilis et de la tuberculose, j'ai discuté les conditions principales du pronostic particulier de chacune d'entre elles. Je me suis efforcé d'établir que ce pronostic dépend, en grande partie tout au moins, du traitement suivi par le malade, et j'ai réuni un nombre important d'observations qui montrent que la syphilo-tuberculose, quelle que soit sa localisation ou sa formule clinique, est, dans la grande majorité des cas, sinon toujours, heureusement influencée par la médication mercurielle.

Le moment est venu de grouper les considérations éparses dans les chapitres précédents et de synthétiser en quelque sorte les conséquences générales du retentissement réciproque qu'exercent l'une sur l'autre la syphilis et la tuberculose lorsqu'elles se réunissent sur le même terrain, sur le même individu.

Le pronostic, à mon sens, ne saurait être résumé dans la courte phrase que lui consacrent les classiques et qui

déclare, en trois mots, que l'association de la syphilis et de la tuberculose constitue le plus redoutable des états morbides. J'estime qu'il est nécessaire, ainsi que je l'ai dit déjà, de tenir compte des multiples circonstances que la clinique réalise et qu'il n'y a, par exemple, aucune comparaison à établir, à cet égard, entre le cas d'un ancien syphilitique qui fait de la tuberculose fibreuse et celui d'un tuberculeux avancé qui contracte la syphilis. Je pense, d'autre part, que le degré de virulence doit, dans chaque cas particulier, être pris en considération : il est des syphilis graves, il en est de bénignes; il y a des tuberculoses qui guérissent spontanément; il en est d'autres qui tuent rapidement, en dépit des efforts de la thérapeutique

En un mot, l'avenir du syphilitique qui se tuberculise, de même que l'avenir du tuberculeux qui contracte la syphilis, dépendent de trois conditions essentielles :

1° Les circonstances étiologiques et pathogéniques qui entourent les origines de l'association morbide;

2° Le degré de virulence de chacune des deux infections;

3° La thérapeutique mise en œuvre.

Les deux premières, étant inhérentes à la forme clinique, sont en quelque sorte intangibles; le médecin les subit, sans pouvoir les modifier. Je les ai suffisamment discutées dans les chapitres précédents, dont elles constituent à proprement parler la trame, pour n'avoir plus à y revenir.

La troisième, au contraire, est essentiellement variable; elle est ce que le médecin la fait; je ne saurais trop en montrer l'importance.

TRAITEMENT DE LA SYPHILO-TUBERCULOSE

A — Influence du traitement spécifique sur la tuberculose des syphilitiques.

J'ai la conviction (et cette conviction repose sur un nombre de cas bien et longtemps observés) que la tuberculose chez les syphilitiques est justiciable du traitement antisyphilitique et qu'elle est améliorable et même curable par ce moyen dans la grande majorité des cas, au moins dans les cas où elle n'est pas trop avancée dans son évolution pour échapper aux ressources de la thérapeutique.

A cet égard, il faut distinguer le syphilitique devenu tuberculeux du tuberculeux devenu syphilitique.

Le premier voit sa tuberculose se développer à la faveur d'un terrain préparé; les moyens qui visent à modifier ce terrain le rendent moins propice à la tuberculisation et, par là même, influencent avantageusement la marche de la tuberculose. Et cela est vrai aussi bien pour le syphilitique qui se tuberculise dès les premières périodes de la syphilisation que pour le vieux syphilitique. Ce dernier, évidemment, se trouve dans des conditions plus favorables que le premier, dont la résistance est amoindrie du fait du « branle-bas » des périodes initiales de la syphilisation. J'ai, chemin faisant, relaté un certain nombre d'observations qui viennent à l'appui de cette opinion. Actuellement encore, je soigne à ma consultation de l'hôpital Necker deux jeunes gens, chez lesquels les premiers signes de la tuberculose apparurent chez l'un dix mois, chez l'autre dix-huit mois après la syphilisation ; ils n'avaient suivi qu'un traitement mercuriel insuffisant; je les

ai soumis concurremment au traitement de recalcification de Ferrier et au traitement spécifique (frictions chez l'un, piqûres chez l'autre): ils ont continué à exercer leur métier; ils se plaignaient tous deux, au début, de sueurs nocturnes, d'affaiblissement, de perte d'appétit, d'amaigrissement; l'un présentait des signes de ramollissement du sommet gauche, l'autre des craquements secs et du souffle au sommet droit; aujourd'hui, deux mois après le début du traitement, l'état général est très satisfaisant, les sueurs ont disparu, l'appétit est revenu, la toux et l'expectoration ont cessé; l'un a augmenté de 3 kilos et l'autre de 2 kilos; les lésions locales sont notablement moins profondes; l'un a reçu deux séries de quinze injections de 2 centigrammes de benzoate Hg., l'autre a fait deux séries de quinze frictions mercurielles.

Une observation qui montre bien l'efficacité du mercure sur la tuberculose des syphilitiques est celle que j'ai communiquée, le 3 mars 1905, à la Société médicale des hôpitaux, et que voici :

Le nommé M..., Isidore, journalier, âgé de cinquante et un ans, entre à l'hôpital Boucicaut, le 13 octobre 1904, se plaignant de tousser et « d'avoir le coude gauche ankylosé ».

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents collatéraux : une sœur morte tuberculeuse.

Antécédents personnels : a toujours été bien portant jusqu'à ces dernières années. A vingt-cinq ans, à la suite d'une blennorragie, il fut atteint d'une violente cystite, qui n'a jamais complètement disparu, et qui, compliquée depuis de rétrécissement de l'urètre, provoque souvent des crises intermittentes de rétention d'urine.

Il y a cinq ans, M... contracta la syphilis. Il fut soigné à l'hôpital Ricord pendant un mois; on voit encore sur la verge la cicatrice du chancre ; celui-ci fut suivi, au bout de quelques mois, de l'apparition de larges syphilides ulcéro-crustacées, disséminées sur toute la surface du corps et qui nécessitèrent un second séjour d'un mois à Ricord. En dehors de ces deux séjours de

trente jours à Ricord, M... n'a suivi aucun traitement; il n'a pas eu d'ailleurs d'autres accidents depuis quatre ans.

Il y a trois ans, M... qui avait toujours été tousseur et s'enrhumait facilement l'hiver depuis quelques années, se mit à tousser davantage; il perdit l'appétit et maigrit peu à peu; avant sa syphilis il pesait 100 kilogrammes; actuellement, il ne pèse plus que 62^{kgr},200. Il n'a jamais eu d'hémoptysie, mais expectore chaque jour une assez grande abondance de crachats mucopurulents, franchement nummulaires, dans lesquels l'examen décèle la présence d'assez nombreux bacilles de Koch.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants le jour de l'entrée :

Sommet gauche : en avant, submatité, respiration rude et soufflante et craquements secs; en arrière, submatité, respiration soufflante et craquements secs.

Sommet droit : en avant, sonorité normale, expiration rude et prolongée; en arrière, légère submatité, quelques rares craquements secs.

En outre, depuis quatre mois, M... éprouve une gêne dans les mouvements du coude gauche; cette gêne fut tout d'abord insignifiante, apparaissant seulement à l'occasion des mouvements étendus; elle s'accentua progressivement au point de s'accompagner de douleurs assez vives dans les mouvements, les chocs, les tiraillements; peu à peu, l'extension complète devint impossible, en même temps que l'articulation devenait le siège d'un gonflement évident. M... alla se faire soigner à l'hôpital Tenon sans obtenir la moindre amélioration.

Le jour de son entrée à l'hôpital Boucicaut, l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras, l'extension complète est absolument impossible; les mouvements du coude sont très douloureux, mais il n'y a aucune douleur spontanée; l'articulation est déformée, légèrement globuleuse; la saillie de l'olécrane est moins apparente en raison du gonflement des culs-de-sac latéraux de la synoviale; au niveau de ces culs-de-sac on perçoit une résistance voisine de la fluctuation et donnant la sensation de fongosités profondes; la pression exercée sur les extrémités osseuses, particulièrement sur la pointe de l'olécrane, provoque une vive douleur. En somme, les caractères objectifs de cette arthropathie sont ceux de la tumeur blanche; comme il n'existe aucune autre localisation articulaire et comme le sujet est indubitablement tuberculeux, on pourrait être tenté d'adopter sans discussion le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, *datant de quatre mois*. Cependant, M... est aussi syphilitique; bien

plus, il a vu se développer, en même temps que le début de cette arthropathie, il y a *quatre mois*, sur la face dorsale du poignet droit, une ulcération non douloureuse, qui s'étendit progressivement; actuellement, cette ulcération, qui a les dimensions d'une pièce de cinq francs, est recouverte d'une croûte épaisse, ostréacée; ses bords sont circinés, sa couleur rouge sombre à la périphérie.

Une ulcération identique, dont le malade ne s'est pas aperçu et qui est beaucoup plus petite, se voit sur la jambe droite, au voisinage du genou.

Ces deux ulcérations, au dire du malade, sont analogues à celles qui apparurent quelques mois après le chancre et dont on voit les cicatrices nettement pathognomoniques.

Ce fait nous engage à repousser le diagnostic de tuberculose cutanée, à forme ulcéro-croûteuse et à admettre la nature syphilitique de ces ulcérations.

Considérant, d'autre part, que le début de ces ulcérations a coïncidé avec celui de l'arthropathie du coude, nous admettons la possibilité d'un réveil de la syphilis chez ce tuberculeux et nous décidons de le soumettre au traitement spécifique. Nous nous assurons, au préalable, que ses reins fonctionnent bien et qu'il n'est porteur d'aucune autre tare viscérale. Il n'a ni fièvre, ni diarrhée.

Traitement. — Le malade n'est soumis à aucun régime spécial: il reçoit la même alimentation que ses voisins de lit; il sera pesé tous les dix jours et n'aura d'autre traitement que le traitement mercuriel. Nous repoussons l'emploi de l'iodure de potassium, ainsi que nous avons coutume de le faire chez les syphilitiques tuberculeux, pour éviter les poussées congestives du poumon.

Les ulcérations sont recouvertes de compresses d'eau bouillie, dans l'unique but de faire tomber les croûtes.

Le traitement mercuriel consistera en une injection quotidienne de 2 centigrammes de biiodure de mercure.

La première injection est faite le lendemain de l'entrée, le 14 octobre; ce jour là, le malade pèse 62^{kgr},200.

Dix jours après (24 octobre) M... a gagné près de 2 kilogrammes; il pèse 64 kilogrammes; il se sent très amélioré, plus vigoureux, mange beaucoup mieux; les ulcérations cutanées sont en voie de cicatrisation manifeste; l'arthropathie est sensiblement modifiée; les mouvements sont moins limités et moins douloureux; le gonflement a diminué, les culs-de-sac synoviaux sont moins distendus.

Après la vingtième injection (3 novembre), M... a encore

gagné 1 kilogramme; il pèse 65 kilogrammes; l'état général s'est encore amélioré; les ulcérations cutanées sont sèches, cicatrisées; l'articulation du coude a repris sa forme normale; tous les mouvements sont libres: seule, persiste encore une légère douleur provoquée par une pression forte sur la pointe de l'olécrane.

Après la trentième injection (15 novembre) M... a gagné 1^{kgr},200; il pèse 66^{kgr},200; aucune trace d'arthropathie ne subsiste.

L'état général est meilleur encore.

Les forces sont revenues.

Durant ce mois de traitement, l'expectoration a considérablement diminué; les crachats ont perdu l'aspect nummulaire.

Les signes physiques sont peu modifiés; cependant un examen bactériologique reste négatif; les bacilles, assez abondants sur les lamelles préparées au moment de l'entrée, n'existent plus.

Les injections de biiodure, suspendues le 15 novembre, furent reprises le 1er décembre et M... quitta l'hôpital, après avoir reçu 60 injections, le 10 janvier 1905, complètement guéri de son arthropathie et considérablement amélioré dans son état général.

Je l'ai revu le 1er mars suivant, à ma consultation de l'hôpital Necker: depuis sa sortie de Boucicaut, il avait recommencé à travailler un peu et cependant ne se trouvait pas fatigué; il pèse 67 kilogrammes. Depuis quelques jours il sent, lorsqu'il presse son coude gauche, une légère douleur sur la tête de l'olécrane; mais l'articulation a conservé sa souplesse et je pense qu'une nouvelle série d'injections de biiodure aura rapidement raison de ce reliquat d'une arthropathie qui avait duré quatre mois avant d'être soumise au traitement qui lui convenait.

J'ai profité de sa présence pour l'ausculter et, malgré une grippe légère qu'il venait de contracter, il m'a paru que l'état des lésions pulmonaires était plus satisfaisant. Je n'ai pas retrouvé de craquements secs en arrière à droite; à gauche, les craquements secs persistent, mais la respiration n'est plus soufflante.

A ne considérer que les traits essentiels, cette observation peut se résumer ainsi : guérison par le traitement mercuriel d'une arthropathie et d'ulcérations cutanées de nature nettement syphilitique, l'une et les autres datant de quatre mois, chez un syphilitique atteint de tuberculose pulmonaire; amélioration notable et concomitante de l'état général, augmentation de poids de plus de 4 kilos,

disparition des bacilles contenus dans l'expectoration, état pour le moins stationnaire, sinon meilleur, des lésions pulmonaires révélées par l'auscultation ; et cela, sans aucune autre médication, ni sans aucun régime spécial.

Cette efficacité du traitement mercuriel contre la tuberculisation consécutive à la syphilis n'est point surprenante puisqu'elle se résume essentiellement dans une action modificatrice du terrain sur lequel a germé le bacille.

Potain, à maintes reprises, a attiré l'attention sur cette importante donnée clinique : « Il y a un réel intérêt à atténuer, autant que faire se peut, la syphilis. Sans doute, les résultats du traitement sont très variables et souvent incertains. A côté de succès brillants, il est des cas où les effets ont été des plus aléatoires ; mais si, dans ces cas, on ne peut espérer faire disparaître la tuberculose, le seul fait de modifier le terrain pourra peut-être nous permettre d'immobiliser, parfois même de faire rétrocéder, la lésion tuberculeuse. Il m'a été donné, pour ma part, d'observer une pareille amélioration chez un certain nombre de malades. » (*Semaine médicale*, 6 février 1895.)

Lorsque la syphilis survient chez un tuberculeux, les conditions pathogéniques sont bien différentes. Le grand branle-bas qu'elle détermine dans un organisme déjà chancelant risque le plus souvent d'épuiser sa résistance et de précipiter l'apparition de la consomption ; c'est à ces cas que s'applique la réflexion du Pr Landouzy : « La pire association morbide que je connaisse est l'union d'une tuberculose pulmonaire avec une syphilis commençante. » Il n'en est pas toujours ainsi cependant et je me suis attaché à montrer, par des observations longtemps poursuivies, qu'il y aurait une grave erreur à vouloir trop gé-

néraliser ce pessimisme. Il faut tenir compte de l'état de résistance du sujet au moment de la syphilisation et du degré de malignité de celle-ci. Lorsque la tuberculose est peu avancée et d'allure peu sévère, elle peut supporter le choc de la syphilisation intercurrente, et, après avoir ou non subi, de ce fait, une exaltation plus ou moins temporaire ou durable, y trouver dans la suite une source de guérison : la syphilis, en effet, favorise souvent le processus de sclérose et de cicatrisation fibro-calcaire des lésions tuberculeuses. Dès lors, la tuberculose, qui pourtant avait précédé la syphilisation, est améliorable par le traitement mercuriel, qui modifie avantageusement le terrain sur lequel elle s'est acclimatée par la suite.

Ce qui est vrai pour la tuberculose pulmonaire des syphilitiques l'est aussi pour les tuberculoses locales et pour les manifestations à type de « scrofulates de vérole » de la syphilis acquise et de l'hérédo-syphilis. Je n'y reviendrai plus.

Or, ces considérations ne sont pas sans importance pratique, si on veut bien se souvenir, ainsi que je le disais à propos de l'observation que j'ai rapportée plus haut, de l'opinion courante sur les prétendus méfaits du traitement mercuriel chez les tuberculeux.

Chaque fois qu'il m'a été donné de soigner un syphilitique tuberculeux, je l'ai toujours soumis au traitement mercuriel et je n'ai jamais observé d'accident. Bien au contraire, j'ai toujours constaté une amélioration très considérable de l'état général et j'ai vu plusieurs fois la syphilis, bien traitée, favoriser en quelque sorte la guérison de la tuberculose. Qu'il me suffise de rappeler ici

les observations que j'ai réunies dans un des chapitres précédents (pages 252 et suivantes).

Chez les tuberculeux syphilitiques, le traitement spécifique non seulement guérit les manifestations actuelles de la syphilis, mais même améliore considérablement l'état général et les localisations de la tuberculose.

Cette opinion, qui a pour elle l'autorité de Potain, fut également soutenue par Barthélemy. « Il y a lieu, écrit-il, de le déclarer bien haut : il ne faut pas redouter le mercure chez les tuberculeux qui deviennent syphilitiques ni chez les syphilitiques qui deviennent tuberculeux, c'est-à-dire quand les deux infections évoluent simultanément sur un même sujet, mis à part, bien entendu, les cas de tuberculose rapide généralisée ou de granulie aiguë. » (*Congrès de la tuberculose*, Paris, 1905).

En dehors des cas de tuberculose aiguë ou de tuberculose parvenue au stade d'ultime consomption, je fais une autre exception à l'emploi du traitement mercuriel, c'est la tuberculose linguale. Chez un syphilitique tuberculeux, qui présentait une ulcération linguale suspecte, j'ai vu cette ulcération, en quelque sorte torpide depuis quelques semaines, se creuser et s'étendre avec une rapidité surprenante sous l'influence du traitement mercuriel, qui dut être supprimé dès la troisième injection de benzoate Hg. Il y a là une analogie, qui ne peut manquer de frapper, avec l'influence fâcheuse du mercure sur le cancer de la langue.

B. — Règles à observer dans le traitement de la tuberculose des syphilitiques.

Si le traitement spécifique suffit parfois, sans le secours d'aucune autre médication, à améliorer les mani-

festations de la tuberculose chez les syphilitiques, il n'en est pas moins vrai qu'il y a toujours intérêt à combiner son action avec celle des différents procédés et moyens thérapeutiques communément réservés au traitement de la tuberculose. D'autre part, le mode d'administration du traitement spécifique est loin d'être indifférent.

Voyons donc quelles doivent être les règles générales du traitement.

1° *Mode d'administration du traitement spécifique.*

Il est tout d'abord un principe capital : par traitement spécifique, il faut entendre ici le traitement *mercuriel* pur et simple, *non associé à l'iodure de potassium*; la médication iodurée, qui expose aux poussées congestives, doit être rigoureusement proscrite chez les tuberculeux; d'ailleurs, si on s'en tient au sens strict des mots, il n'est point besoin de faire cette réserve, car l'iodure de potassium n'a, en réalité, aucune action spécifique sur la syphilis. Il n'en reste pas moins vrai que l'iodure de potassium pourra être prescrit avec avantage à certains vieux syphilitiques atteints de tuberculose fibreuse à forme d'emphysème et d'asthme; ici, il n'agit plus comme médicament antisyphilitique ; il doit, d'ailleurs, être surveillé de près, car il expose aux mêmes accidents congestifs.

C'est donc le mercure seul qu'il faudra donner. Sous quelle forme et à quelles doses?

Cela dépend de plusieurs conditions qui varient avec les caractères particuliers de la maladie, la tolérance et l'âge du sujet.

La médication mercurielle peut être administrée suivant trois méthodes principales : l'*ingestion*, les *frictions*

les *injections*. Ces méthodes ont leurs partisans et leurs détracteurs.

En vérité, l'une n'est pas meilleure que les autres d'une manière absolue; ce qui est vrai seulement c'est que chacune de ces méthodes a des indications particulières qui font que, dans un cas donné, elle est préférable aux deux autres. Telle est, à mon sens, la conclusion qu'il faut tirer, autant des discussions doctrinales que de l'observation rigoureuse et impartiale des faits.

Je ne saurais entreprendre ici un exposé général de cette intéressante question et je renvoie le lecteur aux traités spéciaux. Mon but est simplement de chercher à indiquer au praticien, en me basant sur mon expérience personnelle, les raisons qui devront, dans le traitement de la syphilis associée à la tuberculose, lui faire préférer telle méthode à telle autre.

D'une facon générale, l'administration du mercure par *ingestion*, sous forme de pilules, de liqueur de Van Swieten, etc., doit être réservée aux cas dans lesquels des raisons de convenances personnelles interdisent au malade de recourir aux frictions ou aux injections. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'intégrité des fonctions digestives est la base principale du traitement de la tuberculose et que le médecin ne doit rien faire qui puisse l'altérer si par bonheur elle est parfaite, et *a fortiori*, si elle est déjà compromise. Toutefois, chez les tuberculeux qui ont un bon estomac, il est permis, à la condition d'en surveiller de près les effets, de donner le mercure par ingestion. En pareil cas, on pourra prescrire l'une des préparations suivantes :

Soit les pilules de Dupuytren, modifiées par Gaucher :

Sublimé . . . . } ãã 1 centigramme.
Extrait thébaïque . . . . }
Excipient. . . . . Q. S.

Pour une pilule.

F. s. a. 60 pilules semblables aussi molles que possible.

Une pilule au commencement de chacun des deux principaux repas.

Soit une à deux cuillerées à soupe par jour de liqueur de Van Swieten, dans du lait.

Soit, dans le cas où il est nécessaire de tenir le malade dans l'ignorance de la nature de son mal, l'une des nombreuses préparations secrètes qui existent aujourd'hui (élixir de Déret..., etc.).

La cure mercurielle par ingestion doit être intermittente : un mois de traitement, quinze jours de repos.

Elle doit être poursuivie aussi longtemps qu'elle sera nécessaire, avec des variantes en plus ou en moins dans les doses quotidiennes et la durée des séries, suivant les circonstances; elle doit être interrompue si elle provoque des troubles digestifs, de l'inappétence, de la diarrhée, auquel cas elle doit être remplacée soit par les frictions, soit par les injections.

Les *frictions mercurielles*, très abandonnées aujourd'hui au profit des injections, ont été longtemps le remède héroïque des accidents syphilitiques. Il est certain qu'elles ont l'inconvénient de ne pouvoir être dissimulées, d'être extrêmement malpropres et de ne permettre qu'un dosage très approximatif des doses de mercure quotidiennement absorbées. Mais elles ont l'énorme avantage de respecter le tube digestif, de pouvoir être faites par le malade lui-même, de se prêter à une thérapeutique à la fois locale et générale. C'est ainsi que je n'hésite pas

à leur donner la préférence dans ces cas qui, par les localisations morbides dont ils s'accompagnent, semblent bien justifier la dénomination de « scrofulates de vérole ».

Les adénites, les ostéo-arthrites, les pseudo-tumeurs blanches, les orchites, qu'on observe si souvent chez les syphilo-tuberculeux sont, au plus haut point, justiciables des onctions mercurielles *loco dolenti*. Mais, en dehors de ces localisations du scrofulate de vérole, les frictions mercurielles trouvent aussi et souvent leur indication chez les tuberculeux syphilitiques. C'est ainsi que j'ai plusieurs fois prescrit, avec profit, les frictions à l'onguent napolitain sur la paroi thoracique, dans les régions correspondant aux lésions pulmonaires. Je fais faire chaque jour une friction de cinq à dix minutes de durée avec 3 à 5 grammes d'onguent napolitain, par séries de quinze à vingt jours consécutifs, séparées par un repos de dix à quinze jours. Il suffit pour éviter l'hydrargyrie locale de varier chaque jour le siège de la friction, soit en faisant l'onction alternativement aux deux sommets, en avant et en arrière, si les lésions sont doubles, soit en la faisant au sommet et à la base, en arrière et en avant, si elles sont unilatérales.

C'est aux frictions mercurielles qu'on devra toujours recourir *chez les enfants*, en suivant les indications précisées par M. Comby, à propos de son article sur la syphilis héréditaire à forme ganglionnaire, dont j'ai parlé déjà dans la première partie de cet ouvrage. « On fait tous les jours une friction avec 2 grammes d'onguent napolitain ou onguent mercuriel double (soit 1 gramme de mercure), quel que soit l'âge de l'enfant. Il n'y a pas, en effet, à redouter, dans la première enfance, les accidents d'une mercurialisation intensive. La stomatite mercurielle n'existe pas à cet âge. Quant à l'hydrargyrie, on la pré-

vient en changeant tous les jours la place de la friction, cette friction, on ne la fait pas sur la lésion elle-même (dans l'espèce les ganglions), mais sur différentes parties du tronc (régions axillaires, aines, etc.). Chaque friction est faite pendant cinq minutes avec une petite pièce de flanelle qu'on laisse en place sur la pommade. En agissant ainsi, on est sûr de faire absorber à l'enfant une quantité suffisante de mercure. »

Les *injections mercurielles* ont, sur les autres modes d'administration du mercure, un avantage considérable, celui de permettre un dosage exact du mercure absorbé en même temps qu'une absorption rapide. Je parle, bien entendu, des *injections de sels solubles*. Les injections de sels insolubles, les injections d'huile grise, ont précisément le gros inconvénient de laisser un doute sur l'absorption du mercure ou tout au moins sur le moment de l'absorption ; c'est ainsi, qu'en outre des accidents locaux qu'elles provoquent si souvent et parfois à très longue échéance, elles sont quelquefois l'origine d'intoxications hydrargyriques des plus graves et même mortelles [1]. C'est pourquoi j'ai toujours refusé de recourir à cette méthode et j'estime que, surtout dans les conditions spéciales que crée l'association de la syphilis avec la tuberculose, il pourrait y avoir danger à l'employer. Très souvent, au contraire, j'ai prescrit les injections de sels solubles, soit le benzoate de mercure, soit le biiodure, et j'en ai toujours obtenu les meilleurs résultats. Là, où les pilules avaient échoué, où les frictions mercurielles restaient inactives, les injections ont déterminé une amélioration souvent inespérée. Nombre d'observations,

[1] Voy., à ce propos, la discussion de la *Société médicale des hôpitaux*, séance du 17 novembre 1906 et suivantes.

éparses dans les divers chapitres de ce livre, en sont autant de preuves. Je suis même convaincu que l'opinion professée par beaucoup d'auteurs sur l'inefficacité et même sur les dangers du mercure dans la tuberculose des syphilitiques, doit être révoquée en doute, pour cette raison qu'ils avaient opéré avec la méthode d'ingestion.

Il est bien évident qu'il faut surveiller attentivement les effets du traitement. Tous les sujets n'ont pas la même tolérance pour le mercure et c'est au médecin qu'il appartient de juger la susceptibilité individuelle de ses malades. Son attention doit être d'autant plus tenue en éveil que le traitement devra être poursuivi plus longtemps. Mieux vaut fractionner les séries, mieux vaut n'agir que par intermittences, pour pouvoir agir plus longtemps et ne pas risquer une interruption brusque et dangereuse du fait d'une mercurialisation intensive. C'est là une règle générale que Potain avait bien établie, que les faits cliniques que j'ai observés confirment et que Barthélemy, tout en conseillant les injections insolubles, a précisée, de son côté, en termes excellents : « On doit, naturellement, procéder avec précaution et bien tâter la tolérance, de façon à interrompre la médication hydrargyrique dès qu'il y a inconvénient. Mais aussi, il faut y revenir avec persévérance; la guérison est à ce prix, et il n'est pas douteux qu'on l'obtienne ainsi. »

J'ai adopté les règles suivantes : je fais une série de quinze à vingt injections consécutives; je laisse reposer le sujet quinze jours ou trois semaines, et je recommence aussi longtemps que j'en reconnais l'utilité. Ces injections sont faites dans les parties grasses de la fesse, avec les plus grandes précautions aseptiques. Chaque injection consiste en 2 centigrammes de benzoate ou de biiodure de mercure ; je donne la préférence au benzoate, précisément

pour éviter les inconvénients des iodures; mais ici, il s'agit de biiodure de mercure, qui est loin d'avoir les mêmes propriétés congestives que l'iodure de potassium et qui, d'ailleurs, n'est injecté qu'à la dose de 2 centigrammes; d'autre part, les solutions de biiodure de mercure sont moins douloureuses que les solutions de benzoate lorsque celles-ci ne sont pas très bien préparées; or, il est incontestablement, dans la préparation du benzoate de mercure, une sorte de tour de main, qui, en dépit du soin pris par le pharmacien de se conformer à la lettre aux indications formulées par le professeur Gaucher, fait que ces solutions sont loin d'être également bien supportées par les patients.

Voici les formules que j'emploie :

A. Formule du Pr Gaucher :

Benzoate de mercure.	1 gramme.
Chlorure de sodium chimiquement pur.	$2^{gr},50$.
Eau distillée	100 grammes.

Préparer extemporanément le benzoate Hg; pour cela traiter à chaud l'oxyde de Hg par l'acide nitrique à 1°,20; diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution à 1,88 pour 40. Cette préparation est longue, car le benzoate Hg ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps à l'eau froide; elle exige huit à dix jours. Le sel préparé de cette façon peut se conserver deux mois et même davantage.

B.	Biiodure Hg.	1 gramme.
	Iodure de sodium pur.	1 —
	Eau stérilisée.	100 grammes.

Ces deux solutions contiennent chacune 1 centigramme de sel mercuriel (benzoate ou biiodure) par centimètre cube.

Quel que soit le mode d'administration du mercure

auquel on a recours (ingestion, frictions ou injections), il est certaines précautions indispensables qu'il ne faut pas manquer d'indiquer au malade. Il faut, tout d'abord, avant de commencer le traitement, s'assurer de l'état de sa bouche et de ses dents et l'envoyer, si cela est nécessaire, chez son dentiste. Pendant toute la durée du traitement, on exigera des soins minutieux de la bouche et des dents : lavages au chlorate de potasse (30 grammes par litre) ou à l'eau oxygénée (une cuillerée à café pour un verre d'eau); brossage des dents matin et soir et après chaque repas si possible, avec la poudre suivante :

Chlorate de potasse pulvérisé et tamisé.	ãã 10 grammes.
Craie préparée.	
Poudre de quinquina	
Essence de menthe.	III gouttes.

Enfin, on ne commencera pas un traitement mercuriel avant d'avoir la certitude que les reins fonctionnent bien.

Je m'en tiens à ces indications générales ; je ne fais pas ici un article sur le traitement de la syphilis, mais seulement un exposé des règles essentielles qui doivent guider le médecin dans la direction du traitement spécifique des tuberculeux syphilitiques.

2° *Médications adjuvantes.*

Les premiers malades qu'il m'a été donné d'observer, et dont j'ai rapporté l'histoire en étudiant les conséquences de la syphilis sur la tuberculose pulmonaire préexistante, ont reçu un traitement général sérieux qui était celui qui était considéré à l'époque comme le meilleur et le plus efficace. Ils ont été soumis non pas à une suralimentation excessive, car je n'ai jamais demandé à mes malades de

s'imposer une pareille torture, mais à une alimentation copieuse, abondante, variée, dans laquelle les jaunes d'œufs crus et la viande crue entraient pour une large part. J'ai exigé d'eux le repos et la vie au grand air, et je leur ai fait prendre pendant de longs mois, avec des intermittences, de la créosote à petite dose (0,30 à 0,50 centigrammes par jour, en pilules, au début des repas). Et j'ai en même temps soigné leur syphilis. Or, ils ont guéri, sauf un qui, après avoir atteint ce qu'on appelle communément la guérison apparente, a cessé de se ménager, s'est amusé, s'est surmené et a succombé à une nouvelle atteinte de son mal.

J'ai insisté sur un petit fait, en apparence insignifiant, que j'ai observé moi-même sur deux d'entre eux, à une époque éloignée du début, alors qu'ils étaient déjà très améliorés : l'expectoration de petites concrétions mûriformes, ayant tous les caractères des tubercules crétacés et dans lesquelles j'ai pu déceler la présence de bacilles de Koch. D'autre part, à l'autopsie des tuberculeux syphilitiques torpides, il est de règle, ainsi qu'en témoignent les observations éparses dans les diverses monographies, de constater l'existence de nombreux tubercules calcifiés de guérison. Ces deux faits doivent être rapprochés; non pas que je prétende y trouver un caractère anatomo-clinique spécial à la tuberculose des syphilitiques, mais parce qu'ils témoignent d'un processus de guérison, qui, pour être banal dans la tuberculose commune, n'en constitue pas moins, à mon sens, une indication dont la thérapeutique doit faire son profit. Mon ami Ferrier (¹), se basant sur ces constatations et sur des considérations

(¹) P. Ferrier, *La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée.* Paris, Vigot, 1906, et Traitement de la tuberculose pulmonaire par la recalcification, *Soc. méd. des hôp.*, 30 mars 1906.

générales du plus haut intérêt, a tenté de montrer que la tuberculose se développait à la faveur de la décalcification de l'organisme, que tout au moins la tuberculisation s'accompagnait d'un processus de décalcification, et que le traitement de la tuberculose devait surtout viser à s'opposer à la décalcification et à provoquer la recalcification. J'ai soumis, timidement d'abord, quelques tuberculeux au traitement qu'il préconisait et j'ai obtenu des résultats tellement encourageants que, lorsqu'il exposa sa méthode devant la Société médicale des hôpitaux, je lui apportai, ainsi que mon ami Rénon, l'appui de mes propres observations. Depuis, j'ai continué de prescrire ce traitement à la presque totalité des tuberculeux qui se présentent à ma consultation de l'hôpital Necker, et je ne puis que confirmer ce que je disais alors.

Quelles sont donc les règles du traitement de recalcification de Ferrier?

La méthode consiste essentiellement à recalcifier l'organisme en faisant ingérer au malade des sels de chaux insolubles; ce qu'il faut c'est, « non pas prendre de la chaux, mais en garder ». Le mérite de M. Ferrier est d'avoir fixé les moyens d'obtenir ce résultat. L'administration de sels de chaux aux tuberculeux n'était pas, en effet, une idée nouvelle, et si elle avait fourni des résultats merveilleux, elle n'aurait pas été reléguée au rang de médication purement accessoire et symptomatique. Or, il ne suffit pas de dire à un malade « prenez de la chaux » pour que cette chaux soit assimilée et recalcifie, au sens propre du mot, l'organisme en voie de décalcification ou déjà décalcifié. Il faut, d'une part, *assurer la fixation de la chaux ingérée*, et, pour cela, il est nécessaire de recourir à des sels de chaux insolubles; il faut, d'autre part, *supprimer les causes de décalcification* et notamment prévenir

et combattre les processus de fermentations gastro-intestinales qui, par leur acidité, solubilisent la chaux et représentent l'un des principaux facteurs de décalcification.

La première indication : assurer la fixation de la chaux, sera remplie en introduisant dans l'estomac, au moment des repas, un mélange de *carbonate de chaux* et de *phosphate tricalcique*, à parties égales, à la dose de 0,50 centigrammes à 2 grammes par jour. On se trouvera bien d'associer à ces sels de chaux une petite dose de chlorure de sodium et même de magnésie calcinée. Je prescris, d'ordinaire, des cachets ainsi formulés :

Carbonate de chaux.	50	centigrammes.
Phosphate tricalcique.	50	—
Magnésie calcinée	10	—
Chlorure de sodium. . . . . 5 à	15	—

pour un cachet ; en prendre deux ou trois par jour au moment des repas.

La seconde indication : supprimer les causes de décalcification, sera satisfaite par un régime et une hygiène alimentaires sévères, dont Ferrier règle ainsi les bases principales :

1° Éviter l'ingestion d'acides, organiques ou inorganiques, sauf certains chlorures (chlorure de sodium, chlorure de calcium).

2° Supprimer les fermentations gastriques ; pour atteindre ce but, deux conditions sont nécessaires :

D'abord, débarrasser l'estomac, avant chaque repas, des résidus qu'il peut encore contenir du repas précédent ; pour ce faire il suffira de faire ingérer, *trois quarts d'heure avant chaque repas, un verre d'eau bicarbonatée calcique*, dont les eaux de *Pougues* et de *Saint-Galmier* sont les types les plus répandus en France.

Ensuite, réglementer les repas aussi bien dans leur

espacement que dans leur composition. Les repas devraient être pris : le matin à sept heures, puis à midi et à sept heures du soir. Trois repas seulement, pas un de plus ; supprimer, en dehors des repas, toute ingestion autre que celle d'une eau bicarbonatée calcique, la même qui servira de boisson pendant les repas.

La composition des repas comprend leur quantité et leur qualité.

La quantité doit être calculée de telle sorte qu'il ne reste rien dans l'estomac du patient une demi-heure ou une heure avant le repas suivant. Il n'y a aucun intérêt à suralimenter le malade ; la méthode, au contraire, proscrit la suralimentation.

Relativement à la qualité, on conseillera les viandes grillées ou rôties, les poissons, les œufs, les légumes, les pâtes, les fruits cuits ; on tolérera parcimonieusement le pain, et seulement du pain très cuit ; on interdira rigoureusement les aliments gras et acides, ainsi que les boissons alcooliques, même la bière et le vin.

« Les malades, dit Ferrier, qui disposent d'une physiologie normale des voies digestives sont rapidement améliorés et même guéris de la sorte. Cependant, même pour ceux-là, et encore plus pour des malades dont l'estomac sécrète mal, des malades avancés notamment, il est utile de suppléer à la fabrication, par le suc gastrique, du chlorure de calcium, en leur offrant ce corps tout formé et très dilué. On le donnera, en plus des sels de chaux mentionnés plus haut, deux fois par jour, à chacun des principaux repas, à la dose de $0^{gr},20$ à $0^{gr},50$ chaque fois dans 100 à 200 grammes d'eau. On surveillera, chez ces malades, l'estomac et l'intestin quelquefois contracturés. Il est souvent bon de diminuer ou de cesser momentanément l'usage du chlorure de calcium ; mais, on éprouvera, en

l'employant dans les conditions que j'indique plus haut, c'est-à-dire en le donnant *en plus des sels de chaux*, des effets qu'on peut qualifier de remarquables. Mais, pour juger de ces effets, ce n'est pas le poids qu'il faut consulter, ce sont les forces du malade et son appétit. »

Cette méthode, qui n'exclut ni la révulsion locale, ni la cure d'air et de repos, ni même l'emploi de certains balsamiques, telle en particulier la créosote, présente l'incontestable avantage de ne pas imposer au malade une suralimentation qu'il supporte souvent fort mal ; bien plus, elle supprime cette suralimentation et particulièrement l'abus des corps gras, facteurs puissants de fermentations acides. Elle est d'une application simple et facile ; elle est toujours acceptée du malade, heureux d'échapper à l'obligation d'ingérer chaque jour repas sur repas, sans parvenir à digérer aucun d'eux. Bien comprise, bien dirigée, bien suivie, elle donne d'excellents résultats, et je ne crains pas, pour ma part, d'affirmer que de tous les traitements de la tuberculose, ce traitement de recalcification, tel que le conseille et le formule M. Ferrier, est celui qui m'a donné le moins de déceptions et le plus de succès. Rapidement, les fonctions digestives s'améliorent, l'appétit revient, les forces se relèvent, les sueurs, si elles existaient, disparaissent. Bien que cette méthode ne vise nullement à obtenir l'*engraissement* des tuberculeux, qui n'est bien souvent qu'un masque trompeur, la plupart des malades ne tardent pas à augmenter de poids; cette augmentation de poids, si elle est due en partie à ce que la fixation des sels de chaux rend les os plus lourds ainsi que l'a montré Ferrier, trouve aussi, à mon sens, son explication dans le rétablissement des fonctions digestives ; antérieurement suralimenté le malade n'engraissait pas ou même continuait de maigrir, parce qu'il ne pouvait ni digérer, ni assimiler l'excès d'ali-

ments, parfois indigestes, qu'il absorbait; alimenté normalement, il augmente de poids parce qu'il digère et assimile les mets convenablement appropriés dont il se nourrit. En cela se vérifie une vérité clinique qui devrait être un axiome, à savoir que *la première condition que doit remplir un tuberculeux qui veut guérir est d'avoir un bon estomac*. Dès les premiers jours du traitement, les malades accusent une sensation de « mieux-être » constante et rapide; parallèlement, l'expectoration diminue et bientôt, pour ceux du moins qui ne sont pas obligés de se livrer à un travail fatigant, l'amélioration est telle qu'elle permet d'envisager la possibilité d'une guérison plus ou moins complète et prochaine; en effet, les lésions locales s'atténuent progressivement, s'assèchent en quelque sorte, ainsi que j'ai pu le constater dans plusieurs cas ; tout au moins, un fait constant peut être observé, c'est la disparition des phénomènes de congestion paraphymiques, indices d'une lésion en état d'activité.

Sans doute je ne saurais prétendre que cette médication assure la guérison à quiconque veut bien s'y soumettre. Encore faut-il pour que l'amélioration se produise, que le sujet soit dans des conditions de résistance générale suffisantes et qu'il ne soit pas arrivé à la période d'incurabilité fatale.

Si ce traitement de recalcification n'est pas un sûr garant de guérison de la tuberculose, tout au moins il me paraît supérieur aux autres méthodes actuellement en honneur ; il améliore les tuberculeux incurables, il favorise la guérison de ceux qui sont encore curables, s'ils peuvent être placés en même temps dans des conditions raisonnables d'hygiène et de repos.

C'est pourquoi, depuis que j'ai pu apprécier la valeur du traitement de recalcification dans la thérapeutique de la

tuberculose, j'ai coutume de le prescrire aux tuberculeux syphilitiques, concurremment avec le traitement mercuriel.

Est-ce à dire que les autres médications communément employées contre les manifestations de la tuberculose ne sauraient convenir aux tuberculeux syphilitiques? Nullement, et c'est pure question de circonstances.

Il est des cas où les *injections de cacodylate de soude* trouvent leur indication et rendent de réels services, et bien souvent j'ai eu recours à elles, à la dose de cinq ou dix centigrammes par jour, dans les intervalles des cures mercurielles, lorsque le malade présentait des signes d'anémie et de dépression nerveuse, par exemple.

De même, *la créosote* à petite dose (0^{gr},50 centigrammes par jour) est souvent fort utile, et j'estime, pour ma part, que mes premiers malades lui doivent, ainsi que je l'ai déjà dit, une bonne part de leur guérison. A petite dose, longtemps continuée, avec des intermittences, la créosote ne fatigue pas l'estomac; tout au contraire, elle m'a paru exciter l'appétit; le temps, d'ailleurs, n'est pas bien éloigné où elle figurait parmi les médicaments stomachiques. On la donnera pendant trois semaines consécutives, à la dose de 0^{gr},30 à 50 centigrammes par jour, en trois pilules, prises pendant les repas; on cessera pendant dix à quinze jours, et ainsi de suite durant des mois. Mes premiers malades en ont pris pendant quatre ans, dans ces conditions.

Quant à l'*huile de foie de morue*, j'ai coutume, sauf dans des circonstances exceptionnelles, de la déconseiller. Elle est une cause fréquente de troubles digestifs, diminue l'appétit et rentre dans la catégorie des corps gras dont Ferrier proscrit, avec raison, l'usage. Je lui préfère le *sirop iodotannique*, qui donne presque toujours de très

bons résultats dans les formes torpides de la tuberculose et notamment dans les manifestations de la scrofulo-tuberculose. Je le prescris suivant une formule qui appartient au professeur Gaucher et que voici :

Sirop iodotannique du Codex (formule de Guilliermond).	250	grammes.
Biphosphate de chaux. . .	15	—
Liqueur de Pearson.	10	—

De tout ce qui précède, il résulte que le traitement de la syphilo-tuberculose nécessite la mise en œuvre d'une thérapeutique qui combine les indications fournies par chacune des deux maladies associées et, plus explicitement, par la nature des manifestations de chacune des deux associées.

Le *traitement antisyphilitique* représente la base essentielle de cette thérapeutique ; il a pour but de modifier le terrain sur lequel a germé la tuberculose ou sur lequel elle s'est acclimatée, suivant qu'elle est consécutive ou préexistante à la syphilis. Il varie dans ses moyens avec les circonstances. Il est, en réalité, dans le cas particulier, un traitement antituberculeux.

Le *traitement antituberculeux* proprement dit comprend tous les procédés de cure et toutes les médications communément utilisées contre la tuberculose. C'est ainsi que la cure d'air, de repos et d'alimentation, — je ne dis pas de suralimentation, — doit en former le fond le plus solide, les médicaments ne jouant, en quelque sorte, qu'un rôle adjuvant et secondaire. Il est un moyen dont la valeur doit être ici mise en relief, c'est le traitement de recalcification de Ferrier, qui constitue, à proprement parler, non pas une simple médication, mais bien un véri-

table régime thérapeutique, formant un ensemble diététique et médicamenteux indissoluble.

Le mode de combinaison du traitement antisyphilitique et du traitement antituberculeux doit varier, d'une façon générale, suivant le mode d'association des deux maladies. C'est ainsi que la tuberculose pulmonaire des syphilitiques devra surtout être combattue par la combinaison des frictions à l'onguent napolitain ou des injections mercurielles solubles avec le traitement de recalcification, la créosote et la cure d'air et de repos. Dans le cas où l'emploi de la créosote sera inutile et où l'état des fonctions digestives sera excellent, on pourra remplacer les frictions et les injections mercurielles par la simple ingestion de pilules ou de liqueur de Van Swieten. — Mais ce n'est là qu'une indication générale, susceptible d'être modifiée dans chaque cas particulier.

L'association de la syphilis avec les manifestations locales de la tuberculose peut être combattue par les mêmes moyens. Mais, dans les cas de ce genre, qui rentrent le plus souvent dans l'une des catégories de « scrofulates de vérole » que j'ai longuement étudiées, il ne faut pas oublier que le traitement spécifique gagnera souvent à être administré localement ou, tout au moins, qu'il y aura souvent intérêt à prescrire un traitement local en même temps que le traitement spécifique général. C'est ainsi que les applications de pommade mercurielle, d'emplâtre de Vigo, sur des adénites, des arthropathies, des orchites, compléteront avantageusement l'effet d'une série de pilules, de frictions ou d'injections mercurielles. Ici, la médication iodée n'est plus contre-indiquée, comme elle l'est dans la tuberculose pulmonaire ; bien au contraire, elle est utile et même nécessaire, et il faudra pres-

crire le sirop iodotannique, voire même l'iodure de potassium, la teinture d'iode.

Dans bien des cas, le traitement spécifique fera la preuve du diagnostic. Bien des fois déjà j'ai insisté sur cette considération et montré combien il est difficile de différencier certaines manifestations de la syphilis et de la tuberculose, et notamment de faire la part, chez un sujet qui est à la fois syphilitique et tuberculeux, de ce qui revient à chacune des deux maladies dans l'ensemble des localisations morbides dont il est atteint. A cet égard, l'observation d'un cas de tumeur blanche chez un syphilitique, que j'ai communiquée à la Société médicale des hôpitaux et reproduite au début de ce chapitre, est des plus démonstratives. La nature syphilitique de l'arthropathie y paraît prouvée, d'une part, par l'apparition concomitante d'ulcérations spécifiques non douteuses, d'autre part, par l'influence rapide du traitement mercuriel. Au point de vue clinique, cette observation peut être considérée comme un type de « scrofulate de vérole », à ne considérer tout au moins que l'association de terrain ; elle en représente une des localisations les plus fréquentes, au même degré peut-être que les localisations ganglionnaires. Il est permis de penser que la tuberculose a appelé sur son propre terrain la syphilis, qu'elle a favorisé, en d'autres termes, la localisation articulaire de la syphilis, et qu'elle n'est point étrangère non plus à la forme ulcéreuse, extensive, toute spéciale, des syphilides cutanées, ainsi que l'enseigne le professeur Fournier qui tend à considérer ces lésions comme un « métissage morbide », « comme une manifestation scrofuleuse greffée sur une lésion spécifique ».

Laissant de côté, ici, toute discussion de doctrine, sur la nature exacte, hybride ou nettement spécifique des manifestations ganglionnaires, osseuses, articulaires, qui s'observent couramment chez les tuberculeux syphilitiques, je me borne à rappeler, une fois de plus, que ces manifestations sont au plus haut degré justiciables du traitement spécifique, qui souvent les guérit, qui presque toujours les améliore, qui jamais ne leur nuit.

Abstraction faite ici des réserves qui ont été formulées sur le caractère de spécificité absolue du mercure, réserves que j'ai discutées à plusieurs reprises dans le courant de cet ouvrage, on ne peut méconnaître que le traitement d'épreuve est souvent le seul moyen d'établir un diagnostic suspect et qu'il est en même temps un facteur de guérison. Combien de soi-disant scrofuleux ne sont que des syphilitiques héréditaires. J'en ai réuni de nombreux exemples et le professeur Gaucher, de son côté, en multiplie sans cesse les preuves. « En présence, disait-il dans une de ses cliniques du mercredi, de lésions cutanées, suppurées, ganglionnaires, relevant de ce qu'on appelait autrefois la scrofule, il ne faut pas penser seulement à la bacillose, mais il faut agiter aussi le diagnostic de syphilis héréditaire et surtout prescrire le traitement. *S'il s'agit de lésions bacillaires il n'y aura aucun inconvénient pour le malade à avoir subi ce traitement d'épreuve et si on a affaire à des lésions spécifiques, on obtient les plus beaux résultats.* »

A cette dernière phrase, dont je souligne l'importance, j'ajoute que, même si les lésions ne sont pas de nature spécifique, il pourra se faire cependant qu'elles soient améliorées et même guéries par le traitement mercuriel, car la scrofulo-tuberculose n'est bien souvent que la conséquence ou l'associée de l'hérédo-syphilis, car, ainsi que je me suis efforcé de le montrer, la tuberculose chez les

syphilitiques, loin d'être aggravée par le traitement spécifique, comme le répètent à tort les auteurs, est avantageusement influencée par le traitement mercuriel.

J'ai réuni de nombreuses observations à l'appui de cette opinion, que Potain avait déjà soutenue. Barthélemy, de son côté, s'en est montré partisan résolu. Enfin, j'ai entendu Merklen narrer le fait suivant : « J'ai vu dans le service de Peter un tuberculeux qui avait pris la syphilis ; il alla si bien sous l'influence du traitement par le sublimé que je me suis mis — sans succès — à traiter un certain nombre de tuberculeux par le sublimé. »

Cette réflexion me conduit à discuter les effets du traitement mercuriel dans la tuberculose en général. L'idée d'administrer le mercure aux tuberculeux est née surtout des promesses que donnait théoriquement, à son origine, l'antisepsie. Ici le mercure n'agissait plus comme médicament véritablement spécifique, mais seulement comme agent microbicide banal. Il faut dire que la méthode n'a pas été couronnée de succès et il ne faut point s'en étonner. Cependant, quelques médecins disent avoir obtenu par ce moyen la guérison dans quelques cas ; il est vraisemblable que les tuberculeux ainsi guéris, s'ils n'étaient point des syphilitiques avérés, n'étaient cependant devenus tuberculeux qu'à la faveur d'une prédisposition créée par le terrain syphilitique héréditaire, ainsi que j'en ai signalé des exemples lorsque j'ai étudié les relations étiologiques de la syphilis et de la tuberculose. De là résulterait l'indication de ne pas hésiter à administrer le traitement mercuriel aux tuberculeux, à titre de traitement d'épreuve, et particulièrement si la notion de l'existence de la syphilis chez les ascendants peut être établie en toute certitude. C'est, ainsi que je n'ai cessé de le répéter, de cette façon peut-être que certaines tubercu-

loses locales, notamment des lupus, des écrouelles, des arthrites, des tumeurs blanches, qui paraissaient exemptes de toute association syphilitique acquise ou héréditaire, ont cependant été guéries par des onctions ou des injections mercurielles. Je ne parle pas ici des cas où il s'agit de manifestations syphilitiques méconnues, mais bien des cas où les lésions sont manifestement tuberculeuses. Que si le traitement mercuriel a été administré sous la forme d'applications locales, de pommades ou d'emplâtres, on peut, il est vrai, admettre avec Lucas-Championnière (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1906) qu'il a agi comme antiseptique et résolutif de choix et non comme antisyphilitique; mais si le traitement mercuriel a été donné sous la forme d'une médication générale (ingestion, frictions ou injections), cette interprétation est inadmissible et force est bien d'accepter l'idée d'une influence spécifique exercée par le mercure sur la tuberculose évoluant en terrain syphilitique.

J'ai, à dessein, insisté sur ces considérations parce qu'elles dominent l'appréciation des éléments de pronostic de l'association de la syphilis et de la tuberculose.

Certes, je n'ai point voulu prétendre qu'il soit avantageux d'être à la fois syphilitique et tuberculeux, mais je me suis efforcé de démontrer, par des exemples indiscutables et nombreux, que l'avenir du syphilitique qui se tuberculise ou du tuberculeux qui contracte la syphilis n'est pas fatalement aussi sombre que s'accordent à le répéter les traités classiques, les monographies et les articles les plus récents (¹). Le pronostic dépend des circonstances dans lesquelles apparaît l'association morbide,

(¹) Rénon, *Maladies du cœur et du poumon*. Masson, 1906, p. 270.

du type clinique qu'elle revêt, du degré de virulence des deux infections, de l'état de résistance du sujet quand la seconde vient compliquer la première, enfin et surtout de la thérapeutique mise en œuvre.

S'il est des cas où la combinaison de la syphilis avec la tuberculose peut être considérée comme la pire des associations morbides, s'il en est où les deux associées évoluent, en quelque sorte, parallèlement, avec leurs caractères propres, sans s'influencer réciproquement, il en est d'autres où la syphilis semble exercer une action favorable sur la tuberculose. C'est surtout sur ces derniers faits que je me suis efforcé d'attirer l'attention. J'en ai réuni plusieurs observations et j'ai tenté d'établir que, d'une façon générale, la gravité du pronostic tenait à l'insuffisance du traitement opposé à la syphilis. Ce n'est pas, en réalité, la syphilis qui aggrave la tuberculose, c'est la syphilis *non soignée* ou *mal soignée*.

Bien au contraire, il n'est pas rare de voir la syphilis *bien traitée* favoriser la guérison de la tuberculose

Parvenu au terme de cette étude, je tiens à dégager les principaux enseignements qu'elle comporte, sous la forme des propositions suivantes :

Les relations de la syphilis et de la tuberculose sont des plus étroites.

La syphilisation, acquise ou héréditaire, crée un terrain d'élection pour la tuberculisation.

Le syphilitique est d'autant plus exposé à la tuberculose qu'il se soigne moins rigoureusement.

Lutter contre la syphilis, c'est, dans une certaine mesure, lutter contre la tuberculose.

Le syphilitique tuberculeux, s'il résiste au choc initial qui résulte de l'association morbide débutante, tend vers la tuberculose fibreuse et a d'autant plus de chances de guérison qu'il est soumis à un traitement spécifique plus rapide, plus régulier et plus prolongé.

Le traitement spécifique, à la condition d'être exclusivement mercuriel et d'être méthodiquement réglé et surveillé, loin d'aggraver, comme on l'a prétendu à tort, l'état du tuberculeux syphilitique, l'influence heureusement et favorise la guérison.

TABLE DES MATIÈRES

58583. — Imprimerie Lahure, 9, rue de Fleurus, à Paris.





